

Rett til behandling i sykehus

-en rettshistorisk fremstilling

Kandidatnummer: 438

Leveringsfrist: 25.04.07

Til sammen 17 775 ord

11.07.2007

”Les hospitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d’un peuple”

”Hospitalene er på en viss måte målestokken for et folks sivilisasjon.”

Jaques René Tenon (1724-1816)

Forord

Bakgrunnen for valg av problemstilling er at jeg i mange år har jobbet i helsevesenet. Jeg var ferdig utdannet sykepleier i 1991.

Siden 1993 har jeg vært ansatt ved Hjertemedisinsk overvåking på Rikshospitalet. Stedvis har jeg derfor vist til erfaringer fra mitt arbeidssted.

Takk til avdelingsledelsen som hele tiden har vært behjelpelig med å legge til rette for at jeg har kunnet studere ved siden av det som stort sett har vært fulltids jobb.

Juristene Line Camilla Werner og Sissel Markhus ved avdeling for helsefaglig støtte på Rikshospitalet, sykehusets pasientkoordinatorer, samt Unni Veirød i Norsk Pasientforening har bidratt med nyttig informasjon om hvordan den nye pasientrettighetsloven oppleves i det daglige.

Dommerfullmektig Cathrine Brække Olsen og Espen Ophaug har vært behjelpelige i forhold til språk, rettskriving og oppgaveteknisk arbeid. I tillegg har jeg hatt en meget tålmodig veileder som ikke ga meg opp til tross for gjentatte utsettelse når det gjaldt å skrive oppgave.

Oslo, april 2007

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING.....</u>	<u>1</u>
1.1	Problemstilling og avgrensninger.....	1
1.2	Rettighetsbegrepet	2
1.3	Nødvendigheten av å prioritere	4
1.4	Rettskilder	4
1.4.1	Lovforarbeider	5
1.4.2	Etterarbeider	5
<u>2</u>	<u>RIGSHOSPITALET, DET FØRSTE ”ALMINDELIGE” SYKEHUS I NORGE</u>	<u>6</u>
2.1	Tilstanden før 1800-tallet	6
2.2	Veien frem mot opprettelsen av Rigshospitalet	7
2.3	”Pasientrettigheter” i 1826	10
2.4	Etter åpningen.....	10
<u>3</u>	<u>SYGEFORSIKRINGSLOVEN AV 1909.....</u>	<u>13</u>
3.1	Foranledningen til Lov om Sygeforsikring av 18.sept. 1909, nr.7	13
3.2	Lov om sygeforsikring, av 18.sept. 1909	15
3.3	Forarbeider	16
3.4	Etterlevelse av loven, Sygekassenes medlemsmasse og senere lovendringer.....	21
3.4.1	Etterlevelse av loven.....	21
3.4.2	Utvikling i medlemsmassen.....	25

<u>4</u>	<u>PASIENTRETTIGHETSLOVEN.....</u>	<u>28</u>
4.1	Fremvekst av pasientrettigheter og lovfestet rett til behandling i sykehus	28
4.2	Lov om pasientrettigheter, lov av 2.juli 1999 nr 63	33
4.3	Forarbeider	34
4.3.1	NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste	34
4.3.2	Ventelisteforskriften	37
4.3.3	NOU 1992: 8 Lov om pasientrettigheter	40
4.3.4	St. melding 50 for 1993-94 og Innst. S. nr 165 for 1994-95.....	43
4.3.5	Norsk Pasientforenings utkast til Lov om pasientrettigheter	43
4.3.6	NOU 1997: 18 Prioritering på ny	44
4.3.7	Høringsnotat: Lov om pasientrettigheter, 22.08.1997	47
4.3.8	Ot prp nr 12 1998-99	48
4.3.9	Innst. O. nr 91 (1998-99)	50
4.4	Etterarbeider.....	52
4.5	Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp	53
4.6	Etterfølgende lovendring	57
4.7	Klageordningen og erfaringer med denne.....	59
4.8	Hvordan loven etterlevs og oppfattes	62
4.8.1	Regionale forskjeller.....	62
4.8.2	Erfaringer fra Rikshospitalet.....	63
4.8.3	Norsk Pasientforenings erfaringer	64
<u>5</u>	<u>AVSLUTNING.....</u>	<u>66</u>
<u>6</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>69</u>
<u>7</u>	<u>OFFENTLIGE DOKUMENTER.....</u>	<u>72</u>
<u>8</u>	<u>LOVREGISTER</u>	<u>74</u>

1 Innledning

1.1 Problemstilling og avgrensninger

Utgangspunktet for oppgaven har vært å se på mulighetene for å komme til behandling ved sykehus i Norge rundt de siste 3 århundreskifter.

Jeg tar for meg tre ulike epoker og nyvinninger innen norsk helsevesen.

Jeg tar utgangspunkt i opprettelsen av Rigshospitalet i 1826. Tidligere hospital i Norge var i hovedsak beregnet på oppbevaring av fattige og syke. Rigshospitalet ble opprettet med det formål å behandle pasienter og utdanne helsepersonell. Deretter vil jeg ta for meg Lov om sygeforsikring av 1909, før jeg avslutter med dagens Lov om pasientrettigheter fra 1999.

Jeg ønsker å vise hvordan det å komme til behandling ved sykehus går fra i hovedsak å være en ren skjønnsmessig vurdering på 1800-tallet til å bære stadig sterkere preg av å være en rettighet for en stadig større del av Norges befolkning.

Årsaken til at jeg har valgt å la denne redegjørelsen starte allerede på 1800-tallet er at jeg mener også denne fasen har vært med på å prege den utvikling vi har hatt i norsk helsevesen.

Jeg har kun sett på den somatiske delen av det norske sykehusvesen. Jeg har også avgrenset oppgaven mot rett til behandling i utlandet etter folketrygdloven, senere pasientrettighetsloven § 2-1, femte ledd, ved manglende adekvat medisinsk tilbud her i landet.

Jeg har også stort sett utelatt å skrive om rett til øyeblikkelig hjelp. Dette har vært en relativt selvskreven rett i Norge, i alle fall de siste 150 år. Det har vært en plikt for helsepersonell å yte en slik hjelp både etter de enkelte yrkesgruppers etiske retningslinjer og et økende antall profesjonslover, første gang lovpålagt i jordmorloven av 1898. Dette i tillegg til den skjerpene omstendigheten for helsepersonell i forhold til straffelovens § 387 som pålegger alle borgere en plikt til etter evne å hjelpe den som er «i øiensynlig og overhængende Livsfare» Sykehusloven av 1969 påla også sykehusene en plikt til å motta pasienter som hadde behov for øyeblikkelig hjelp. Dette er nå videreført både i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, i helsepersonelloven § 7 og i pasientrettighetsloven § 2-1, andre ledd, første punktum.

1.2 Rettighetsbegrepet

Før jeg tar fatt på oppgaven er det naturlig å redegjøre for hva som ligger i begrepet ”rett” og/eller ”rettighet”. Dette har vært gjenstand for flere avhandlinger innenfor juridisk tenkning og litteratur.

I lovverket kan en rettighet fremkomme på flere måter. Det kan være en direkte rettighetsbestemmelse, der det er både rettighetssubjekt og pliktsubjekt. Et eksempel her er trygdelovgivningens regler om rett til alderspensjon. Loven gir klare regler for når denne retten oppstår for enkeltindividet og pålegger samtidig den norske stat, gjennom trygdeordningen, å utbetale pensjonen.

Vi kan også ha regler som pålegger et pliktsubjekt å gi visse ytelser, uten at det i lovteksten er noen rettighetssubjekter. Et eksempel her er loven som regulerer drift av fyrstasjoner i Norge. Den sier at dette er et offentlig ansvar, men sier ikke at du som enkeltindivid har et krav på at det lyser i tårnet på Færder fyr, jfr. Fyrlyktdommen. (Rt. 1913, s.106)

Lotta Westerhäll utreder rettighetsbegrepet innenfor sosialretten i en artikkel i Tidsskrift for rettsvitenskap.¹

Hun beskriver rettighetsbegrepet som en kobling mellom rettsfakta og rettsfølge. Går vi tilbake til retten til alderspensjon vil rettsfakta være oppnådd alder og rettsfølgen utbetaling av alderspensjon. Men for at det skal karakteriseres som en rett eller en rettighet oppstiller hun tre kriterier som må være oppfylt:

1. Rettigheten bør være klart utformet i lov, både hvilke krav som stilles til rettsfakta, hvem som er rettighetssubjekt og hvilke rettsfølger som eventuelt utløses.
2. Man må ha et pliktsubjekt som kan avkreves oppnådd rettighet. Herunder kreves også en klageordning dersom man ønsker å påklage et eventuelt avslag.
3. At et statlig organ har et overoppsyn.

Kjønstad og Syse har en lignende analysemodell for å avgjøre om det foreligger en rettighet.² Andre eksempler på hvordan rettighetsbegrepet defineres finnes for eksempel hos Marit Halvorsen og Lasse Warberg.³

Som det vil fremkomme av oppgaven kunne man ikke, etter Westerhälls definisjon, snakke om en direkte rett til behandling i sykehus i tidligere tider.

I 1826 besto retten i å bli vurdert verdig til behandling ved Rikshospitalet. I 1909 besto retten i å få betalt sykehusoppholdet. I 1999 hadde man rett til behandling, men kun innenfor de ressurser som var tilgjengelig i landet. Først i 2003 fikk man i Norge en ubetinget rett på nødvendig helsehjelp i sykehus i Norge eller i utlandet, dersom det ikke er kapasitet her i landet.

I hele denne perioden har man vært avhengig av en vurdering fra lege om man har behov for sykehusbehandling. Forskjellen fra 1826 til i dag ligger nok i at man den

¹ Lotta Westerhäll, *Rättigheter, förpliktelser och sanktioner inom socialrätten*, Tidsskrift for rettsvitenskap, Oslo 1986, s.627-630

² A. Kjønstad og A. Syse, *Velferdsrett*, Oslo 1997, s.84-86

³ Lasse A. Warberg, *Norsk helserett*, Oslo 1995, s.38
Marit Halvorsen, *Rett til behandling i sykehus*, Oslo 1996, s.11

gang stort sett ikke satte spørsmålstegn ved legens uttalelse, mens man i dag kan være uenig i legens vurdering og oppsøke en ny lege for en sekundær vurdering.

1.3 Nødvendigheten av å prioritere

Behandlingstilbudet i det norske sykehusvesen har alltid vært og er fortsatt begrenset av tilgjengelige ressurser, både når det gjelder personell, utstyr og økonomiske midler. Derfor har det til alle tider vært en nødvendighet å prioritere.

Men hvem skal prioriteres og av hvem?

Er det de som roper høyest, eller er det de som er så syke at de ikke klarer å si ifra selv? Skal det styres lokalt på det enkelte sykehus? I den enkelte region, eller bør det styres fra høyeste politiske hold med likt tilbud i hele landet?

En modell er å satse mest på de som er sykest, de som lider. En annen modell er å satse på nytteeffekt i forhold til investering, enten for enkeltindivid eller for samfunnet som helhet.

Samfunnspolitisk er det ofte lønnsomt å hjelpe dem som koster mest mens de venter på behandling. Her ville det for eksempel kanskje lønne seg å behandle unge, yrkesaktive, fremfor pensjonister og uføretrygdete.

Problemstillingen blir derfor; Hvem skal få anledning til å klassifiseres som pasient med rett til behandling i sykehus her i landet?

Dette har man forholdt seg til på ulike måter de siste 200 årene og det vil jeg forsøke å gjøre rede for i denne oppgaven.

1.4 Rettskilder

Når det gjelder hva som er gjeldende rett innenfor ulike områder er utgangspunktet lovtekst som er gitt av lovgiver. Men også andre rettskilder er viktige for å forstå rettstilstanden. For eksempel lovforarbeider, etterarbeider, rettspraksis og reelle

hensyn. I denne oppgaven viser jeg blant annet til både lovforarbeider og etterarbeider.

1.4.1 Lovforarbeider

I mange tilfeller er lovteksten knapp slik at man må gå til lovens forarbeider for å få veiledning i hvordan lovgiver vil at loven skal forstås. Til lovforarbeider regnes tradisjonelt utvalgsutredninger (NOU), odelstingsproposisjoner, innstillinger fra Stortingskomiteer og debatter i Odelstinget og Lagtinget.⁴

1.4.2 Etterarbeider

Til etterarbeider regnes politiske signaler i stortingsmeldinger og andre offentlige dokumenter. Dette er da dokumenter som blir til etter at en lov er vedtatt. I den senere tid har man sett at Høyesterett også vektlegger slike uttalelser i sin fortolkning av loven og at de derfor er å regne med som en rettskilde.⁵

Utgangspunktet er at det fortsatt er lovteksten som er viktigste kilde for å avgjøre hva som er gjeldende rett. En etterfølgende uttalelse kan likevel ha verdi ettersom det kan være lovgivers uttrykk for hvordan de mente lovteksten skulle forstås.⁶

Men, som Fleischer sier, faren er også tilstede for at slike uttalelser også kan være preget av etterpåklokskap, at de i ettertid ser at loven burde være utformet på en annen måte.⁷ Kjønstad og Syse påpeker at dersom lovgivende myndigheter mener at rettstilstanden er, eller de mener den burde være, annerledes enn det man kan lese direkte ut av lovteksten, bør det heller vedtas en ny lov med endret ordlyd.⁸

⁴ *Velferdsrett*, s.72

⁵ *Ibid.* s.73

⁶ Carl August Fleischer, *Rettskilder*, Oslo 1995, s.106

⁷ *I.c.*

⁸ *Velferdsrett*, s.74

2 Righospitalet, det første "almindelige" sykehus i Norge

2.1 Tilstanden før 1800-tallet

Rundt år 1800 hadde man flere hospital rundt om i landet, men disse var mer å regne som oppbevaringsanstalter enn som behandlingsinstitusjoner.

For det første hadde man militærhospital, opprettet for å ta seg av skadde og syke soldater. I tillegg var det spesielt tre typer lidelser som hadde egne anstalter, det var hospitalet for spedalske, radesyke og veneriske sykdommer.

På den tiden hadde man ikke noen stor kjennskap til hvordan disse sykdommene spredte seg fra person til person, men man hadde en formening om at de syke burde isoleres fra omverdenen til sykdommen hadde gått over. I de tilfeller der sykehusoppholdet gjorde at pasienten opplevde en bedring, eller i beste fall ble frisk, kan nok en viktig årsak være at de der fikk pleie og hvile under bedre hygieniske forhold enn i sitt eget hjem. Når det gjaldt spedalskheter var det en diagnose som betød at de rammede måtte belage seg på å leve resten av livet avsondret fra omverdenen.

På slutten av 1700-tallet var Norge også et samfunn der industrien var i ferd med å vokse frem, spesielt gruvedriften økte stadig i omfang, og her var faren for yrkesskader stor, noe som kunne medføre behov for pleie og eventuell behandling. Men, det var på denne tiden liten tradisjon i Norge for å la seg behandle ved sykehus. De syke og skadde lå som regel hjemme i sykdomsperioden.⁹

På begynnelsen av 1800-tallet begynte man rundt om i den vestlige verden å se et økt behov for en annen type hospital, der de innlagte skulle få pleie, slik som tidligere, men også behandling. Også i Norge oppsto et ønske om slike institusjoner.

⁹ Natvig, Larsen, Børdahl og Swärd (red), *De tre Riker, Rikshospitalet 1826-2001*, Oslo 2001, s.13-14

2.2 Veien frem mot opprettelsen av Rigshospitalet

Det Kongelige norske Sundhedscollegium gjorde i 1814, etter at Norge var skilt fra Danmark, den nye norske Regjering oppmerksom på behovet for opprettelse av et ”for hele Riget almindeligt Sygehuus for 150 Syge og en Fødselsstiftelse for 30 Fødende og Barselsqvinder”.¹⁰

Behovet for behandlingsplasser ble nok ansett for å være viktig, men i tillegg var det en annen og vel så viktig årsak til at Sundhedscollegiet jobbet hardt for opprettelsen av et ”almindeligt Sygehus” og en ”Fødselsstiftelse” i hovedstaden. Man så et behov for praktisk undervisning av såvel medisinerstudenter som jordmødre. Universitetet i Christiania var åpnet noen år tidligere, i 1811 og det medisinske fakultet ble der opprettet i 1814.

I 1815 var det 23 medisinstudenter og 21 jordmorstudenter under utdanning i byen, men det fantes på den tiden, ifølge Sundhedscollegiet, intet egnet sted for ”videnskabelig Dannelselse og praktisk Duelighet”.¹¹

Den første medisinstudent fra ”Det Kongelige Frederiks Universitet” i Christiania avla sin medisinske embetseksamen allerede i 1820

Sundhedscollegiet påpekte også det faktum at det siden 1807 hadde vært en stor mangel på såvel jordmødre som leger i Norge.

Sundhedscollegiet understreket videre viktigheten av egnede praksisplasser. De sier at kun ved praktisk opplæring ved tilfredsstillende institusjoner ”(...) kan den Læge som skal dannes, erhverve sig den nødvendige praktiske Øvelse og Erfaring, der kan sætte ham i Stand til under sin tilkommende Embedsførelse at virke, som han bør,(...)”¹²

¹⁰Frederik Holst, *Historisk Underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*, Christiania 1827, s.3

¹¹ Ibid. s.6

¹² J.N.M. Johansen, *Historisk beretning om Rigshospitalet og fødselsstiftelsen i Christiania*, Christiania 1865, s.6

Det ble også, i samme uttalelse, påpekt at dersom man ikke opprettet et godt nok sykehustilbud i Norge ville syke være nødt til å avstå fra hjelp eller søke hjelp i utlandet.

Stortinget seg på det daværende tidspunkt, grunnet dårlig økonomi, ikke i stand til å starte arbeidet med å bygge en slik institusjon. Det ble isteden satt av 8000 spesidaler årlig de neste tre år for å opprette et fond til opprettelse av et hospital i nær fremtid.

Agershus Stift, som på den tiden også omfattet Christiania, hadde allerede i 1780 startet en utredning med tanke på opprettelsen av et fødehem. Der skulle det være 5-6 senger og en ansatt jordmor, hvor ”yderlig fattige Koner og løse Qvinder kunne nyte fri Forløsning.”¹³ Og i 1817 anmodet regjeringens tredje departement, departementet med ansvar for helse, Agershus stift om å sette i gang arbeidet med opprettelse av et slikt fødehem i byen. Som resultat av dette ble det i august 1818 åpnet en midlertidig fødselsstiftelse, ikke i selve Christiania, men i Opslo, dvs. like utenfor bygrensen, i området der vi i dag finner Oslo sentralbanestasjon. Fødehemmet hadde fire ansatte, en overlege, hans assistent, en jordmor og en pleiekone. Legen var ansatt med det for øye å utdanne nye jordmødre, jordmorelevne hadde deretter sin praktiske opplæring ved stiftelsen.

I budsjettet for 1818 kan vi se at staten skulle bidra med 1200 spesidaler årlig til driften av fødehemmet. Christiania Fattigvæsen skulle bidra med 100 spesidaler. Dette skulle være fattigvesenets andel av dekning der ubemidlede kvinner med rekvisisjon fra fattigkassa ble innlagt fødehemmet. I tillegg regnet man med å få inn rundt 30 spesidaler årlig i betaling fra kvinner som selv sto økonomisk ansvarlig for innleggelsen.¹⁴

¹³ *Historisk Underretning om Righospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*, s.10

¹⁴ *Historisk Underretning om Righospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*, s.16-17

At det sosiale aspektet ble ansett for å være viktig følger av § 1 i Fødselsstiftelsens Plan:

”Fattige, for hvilke vedkommende Fattigcommisjonen betale, have Adgang til Stiftelsen fremfor private Betalende og Ugifte for Gifte.”¹⁵

I den første tiden var det ikke så mange som benyttet seg av dette tilbudet. Som Frederik Holst skriver videre var muligens kravet om egenandel en medvirkende årsak til at antall fødende ikke var spesielt stort de første årene, kun en det første året og henholdsvis 35 og 33 i 1819 og 1820, økende til 74 i 1826.¹⁶

Dette var den spede begynnelse for det som senere skulle bli Rikshospitalet, det første, i hovedsak, offentlig finansierte sykehus.

Den endelige avgjørelsen i retning av det nye hospitalet kom 2.juni 1818 da det tredje departement avga en innstilling om at det over statsbudsjettet skulle avsettes 25000 riksdaler årlig de neste 3 år til opprettelse av et Righospital. Dette ble senere samme måned vedtatt i Stortinget. De etterfølgende år gikk med til videre planlegging og utredning av beliggenhet, hvilke pasienter som skulle mottas og hva slags pleie og behandling som skulle tilbys.

Den 16.oktober 1826 åpnet det nye hospitalet sine dører, på Hammersborg, i det tidligere Militærhospitalets lokaler. Her var det tilrettelagt for behandling av pasienter, på en medisinsk og en kirurgisk avdeling, med til sammen plass til 100 pasienter. Like etter åpnet en filial med plass til 55 hudsyke, deriblant de som var angrepet av radesyke. Totalt sett var ikke dette mange plasser med tanke på at det skulle være et tilbud til trengende fra hele landet. Norge hadde på den tiden en befolkning på over en million.

¹⁵ *Historisk beretning om Righospitalet og fødselsstiftelsen i Christiania*, s.34-35

¹⁶ *Historisk Underretning om Righospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*, s.15-16

2.3 "Pasientrettigheter" i 1826

Rigshospitalets "formålsparagraf" når det gjaldt hvem som ville komme til å bli pasienter på sykehuset lød slik:

"Stiftelsen ville desuden søges af Syge selv fra fjernere Egne i Riget, hvis Tilfælde fordre vigtige Operationer eller en Behandling, som enten vanskeligen eller aldeles ikke kan ses i private Huse." ¹⁷

2.4 Etter åpningen

Spørsmålet videre blir om Rigshospitalet kom til å bli et sykehus som, i årene etter åpningen, ga et tilbud til fattige "fra alle Rigets Egne".

Når det gjaldt tilstrømningen fra områder langt borte fra Christiania hadde man vel kanskje vært litt vel entusiastiske. I forhold til i dag hadde man en langt mer strabasiøs reise foran seg om man ville fra en kant av landet til en annen. Dette skyldtes både infrastruktur og de transportmidler man på den tiden hadde til rådighet. Det er vel derfor å anta at de fleste pasientene ved det nye hospitalet kom fra Christiania og nærliggende områder.

At det likevel forutsettes at folk fra hele landet skal kunne søkes innlagt på Rigshospitalet kan leses ut fra hospitalets retningslinjer, referert i boken til J.N.M. Johansen fra 1865:

"Begjæringer fra Utenbysboende om Indlæggelse paa Rigshospitalet stiles til Inspectøren og bør ledsages af Lægeerklæring om Sygdommens Beskaffenhed." ¹⁸

¹⁷ *Historisk Underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*, s.1

¹⁸ *Historisk beretning om Rigshospitalet og fødselsstiftelsen i Christiania*, s.25

I tillegg var det intensjonen fra begynnelsen av at dette hovedsakelig skulle være et tilbud til landets fattige. Var det da slik at tilbudet om innleggelse, behandling og pleie i hovedsak ble tilgodesett de fattige?

I forbindelse med en opprydning for omtrent 15 år siden kom jeg tilfeldigvis over 10-12 gamle protokoller i et skap inne på et av pasientrommene på Rikshospitalet, som den gang lå i Pilestredet. Disse viste seg å inneholde opptegnelser over innleggelser ved medisinsk avdeling på Rikshospitalet rundt midten av 1800-tallet. Disse hadde fulgt med fra sykehusets første lokaler på Hammersborg til nybygget i Pilestredet på 1870-tallet. I dag befinner sannsynligvis de fleste bøkene seg ved Rikshospitalets museumsavdeling, men en av dem står fortsatt på vår avdeling. Den stammer fra året 1850.

Hver pasient som er innskrevet i protokollen er nevnt med navn, tittel, fødselsdato, sykdom og hvem som var betalingsansvarlig for oppholdet. I tillegg står det hvilken dato pasienten ankom sykehuset og når vedkommende ble utskrevet, det være seg ferdigbehandlet eller avgått ved døden.

I 1850 ble det totalt innlagt 2009 pasienter ved medisinsk -, kirurgisk - og hudsykdomsavdelingen på Rikshospitalet. Av disse ble 884 innlagt ved medisinsk avdeling.¹⁹

Den nevnte pasientprotokoll fra samme år viste at den yrkesgruppe som var hyppigst representert blant medisinske pasienter var "Pige/Tjenestepige". På de neste plassene fulgte "Arbeidsmand" og militære. Disse tre yrkesgruppene sto for godt over 3/4 av pasientbelegget.

De aller fleste innleggelser var betalt av fattigvesenet, stort sett fattigkassene i Christiania og Aker kommuner, kun noen få fattigkasser fra andre steder i landet sto nevnt som betalingsansvarlig. Totalt sett viser protokollen at 505 av innleggelsene

¹⁹ Ibid. s.250-251

var helt eller delvis betalt av ulike fattigkasser. I noen tilfeller overtok fattigkassen det økonomiske ansvaret fra en betalingsansvarlig arbeidsgiver etter en viss tid. Militærvesenet betalte for soldaters sykehusopphold, så av de resterende 379 innleggelsene dreide dette seg om mesteparten.

Der privatpersoner står oppført som betalere dreier det seg sannsynligvis i de fleste tilfeller om arbeidsgiver. I noen få tilfeller er det snakk om at familie eller venner av pasienten betalte, eventuelt at pasienten selv betalte for oppholdet.

Det kan derfor fastslås at retningslinjene stort sett ble fulgt når det gjaldt hvem som fikk tilgang på Rigshospitalets tjenester 25 år etter åpningen. De som i utgangspunktet fikk tilgang på sykehustjenester var de fattige, dog hovedsakelig fra hovedstaden.

Hvor *lett* det var for de fattige som ønsket sykehusbehandling å faktisk bli innlagt ved hospitalet sies det ingenting om i de tre bøkene jeg har henvist til i dette kapitlet.

3 Sygeforsikringsloven av 1909

3.1 Foranledningen til Lov om Sygeforsikring av 18.sept. 1909, nr.7

Mot slutten av 1800-tallet hadde man sett en endring av næringsgrunnlaget i Norge. Landet opplevde en stadig økende industrialisering. Fra å være et folk som skaffet de fleste av sine inntekter fra landbruk og fiske ble stadig flere ansatt innen industrien.

Om for eksempel bonden ble syk hadde han som regel mulighet til å utsette arbeidet noen dager, eventuelt kunne familien trå til i stell av gården mens bonden selv var syk. Men dersom en fabrikkarbeider ble syk kunne han ikke sende noen andre på jobb i sitt sted, ergo ville arbeidsinntekter gå tapt. Og uten andre muligheter til å skaffe penger til mat og husleie kunne dette få store følger for den det gjaldt og dem han eller hun helt eller delvis forsørget.

Helsevesenet gjennomgikk også store endringer. Sykehusene gikk fra å være oppbevaringsanstalter for folk med smittsomme sykdommer til å gi et behandlingstilbud til langt flere og med en mer variert sykdomshistorikk enn, for eksempel, i 1826, den gang Rigshospitalet ble opprettet:

”Rundt 1900 skjedde det imidlertid en endring. Sykehusene gikk fra å være isolasjonsanstalter og oppbevaringssteder for fattige syke (...) til å bli mer allmenne behandlingsinstitusjoner.”²⁰

Det var på denne tiden registrert 36 sykehus i Norge. Fortsatt var de fleste sykehus opprettet for å ta seg av spesielle sykdommer, for eksempel lepra, epidemiske sykdommer, som for eksempel tuberkulose, og sinnssykdommer.²¹

²⁰ Larsen, Alsvik, Nylenna og Swärd, *Helse og nasjonsbygging*, Oslo 2005, s.108

²¹ Ibid. s.108

Men, for å bli behandlet på sykehus måtte man på den tiden kunne betale for oppholdet. Dette gjorde det tilnærmet umulig for store deler av befolkningen å benytte seg av tilbudet, med mindre man fikk dekket oppholdet av Fattigkassen. Det faktum at liggetiden i sykehus på den tiden gjerne var på en måned eller mer gjorde ikke saken enklere.

Daglønner til en fabrikkarbeider var, for eksempel, på den tiden som regel mellom 2 og 3 kroner.²² Det er å anta at disse pengene stort sett gikk til å dekke løpende utgifter for arbeideren og hans familie, det var nok de færreste som hadde mulighet til å spare seg opp en reservekapital i tilfelle sykdom. Å være innlagt på sykehus kostet mellom 1 og 2 kroner i døgnet noe som medførte at for de aller fleste var sykehusbehandling en umulighet. Hvertfall om man ønsket å unngå å måtte gå til Fattigkassen for å få hjelp.

Men det å få hjelp fra Fattigkassen var av folk flest sett på som ganske så nedverdiggende. Som det ble uttalt av et medlem av sosialkomiteen i 1909;

”..og enhver, som har hatt noget med den ting at gjøre, vil vide, at det er intet, som sløver mere selvfølelsen, det er intet, som er mere ødelæggende for individets selvbevidshed end det at maate ty til samfundets hjælp paa den maade.”²³

En liten del av befolkningen hadde likevel et slags sikkerhetsnett, en slags forsikringsordning som ga utbetaling ved sykdom for å dekke tapt arbeidsfortjeneste. Dette var en frivillig ordning der den enkelte arbeidstaker kunne velge å være medlem. Allerede fra 1600-tallet ble det opprettet enkelte private sykekasser i Norge. Problemet var at disse ikke alltid hadde en fastsatt kontingent som skulle innbetales, noe som resulterte i varierende utbetaling ved en eventuell sykdom. Ved folketellingen i 1875 var ca 220.000 av Norges 1,8 millioner innbyggere ansett for å tilhøre arbeiderklassen. I tillegg kom ektefeller og barn. Av

²² Nils Urdal, *Syketrygden i 50 år, Norsk Trygdekasselag*, Oslo 1961, s.10

²³ Love med tilhørende forarbeider, Kristiania 1911, s.1228

disse 220.000 var omtrent 1/6 tilknyttet en eller annen form for frivillig sykeforsikring.²⁴

Arbeiderklassen selv så med bekymring på det manglende støtteapparat de fleste arbeidere hadde å forholde seg til dersom de skulle bli syke. På et arbeidermøte i Kristiania i 1880 ble det vedtatt en resolusjon der det ble ytret ønske om et offentlig organ som kunne yte assistanse, bestående av råd og veiledning, ved opprettelse av nye sykekasser og understøttelseforeninger for arbeiderne.²⁵

3.2 Lov om sygeforsikring, av 18.sept. 1909

I forhold til retten til sykehusbehandling er det i hovedsak to bestemmelser i sygeforsikringsloven som er interessante.

§ 18, punkt 1, lød som følger:

”Istedet for de i § 16, 1, litr. A. a-c fastsatte ydelse kan der ydes den forsikrede fri kur og pleie paa sygehus - herunder indbefattet sindsygeasyl – saafremt vedkommende læge finder, at saa bør ske.”

I tillegg hadde arbeidstakerens familie rett til gitte ytelser. Dette følger av § 18, punkt 1, tredje punktum som lød:

”Ogsaa istedenfor den under litr B nævnte ydelse kan en kredssykekasse yde fri kur og pleie paa sygehus, saafremt den finder at dette kan ske uden væsentlig øget udgift for kassen, eller saafremt vedkommende læge erklærer, at behandling i hjemmet ikke forsvarligen kan ske.”

²⁴ M.Ormestad, *Syketrygden i 25 år*, Syketrygdens Landsforening, Oslo 1936, s.2

²⁵ *Syketrygden i femti år*, s.10

Det var her altså snakk om eventuelle ytelser både til arbeidstakeren selv og, i § 18, punkt 1, tredje punktum, jfr. § 16, litra B, hans ektefelle og barn.

3.3 Forarbeider

I 1884 tok statsminister Johan Sverdrup initiativ til å utarbeide forslag til lover og andre tiltak for å bedre livsvilkårene til arbeiderklassen. Tidligere samme år hadde den svenske regjering nedsatt en kommisjon for å utrede organisering av sykeforsikring samt også en ulykkesforsikring for arbeidere.²⁶

Sverdrup påpekte at de bestående sykekasser, privat opprettede sådanne, ikke klarte å dekke det behov som var gjeldende i samfunnet. Han viste blant annet til at de som hadde lavest inntekt og derfor hadde størst behov for hjelp ved sykdom, antakelig ikke var i stand til å betale så høye innskudd som enkelte av de private kassene forlangte. Løsningen ble da for mange, som nevnt over, Fattigkassen. Sverdrup fremholdt også dette og sa blant annet at Fattigkassen ble benyttet i ”..betenkelig omfang.”²⁷

Sverdrup tok i utgangspunktet ikke stilling til hvorvidt denne ordningen med sykeforsikringskasser skulle være privat organisert eller i offentlig regi. Men det faktum at han sterkt henviste til den tyske ordningen tyder på at han antakelig ikke var helt fremmed for at slike kasser skulle være underlagt offentlig administrasjon. Tyskland hadde allerede innført tvungen sykeforsikring, i 1883, og her var dette ansett for å være et offentlig anliggende.²⁸

²⁶ *Syketrygden i femti år*, s.14

²⁷ Ibid. s.13

²⁸ Ibid. s.13

Sverdrups fremstøt resulterte i at det året etter ble nedsatt en kommisjon, kalt Arbeiderkommisjonen av 1885, som skulle se på ”... forskjellige arbeiderne vedrørende spørsmål.”²⁹

Et av de spørsmål som skulle utredes var altså spørsmålet om sykeforsikring. Og i februar 1890 avga kommisjonen en innstilling til lov om ”arbeideres sykeforsikring m.v.”³⁰

Som nevnt var det på innstillingstiden kun et fåtall blant Norges arbeiderklasse som var medlem av en form for privat sykeforsikringsordning. I Danmark og Sverige var oppslutningen om private sykeforsikringskasser mye større enn i Norge.³¹ Den nedsatte arbeiderkommisjon anså derfor at frivillighet ikke var veien å gå når det gjaldt slik forsikring i Norge og at det derfor måttet komme en lov som påla arbeidere å innbetale en viss sum til en slik forsikringskasse.³²

På det daværende tidspunkt var det kun snakk om en erstatning av tapt inntekt og ikke tilskudd til legehjelp og sykehusbehandling.

Kommisjonen uttalte at man gjerne skulle ha tatt med fri legehjelp i de ytelser kassene skulle gi ved sykdom. Men man anså at det ville være vanskelig å få en rettferdig kostnadsfordeling blant de forsikrede. Dette fordi det i deler av landet, med spredt befolkning, ville være mye mer kostbart å få den syke til lege eller lege til den syke, enn i byer og tettbygde strøk. De ville derfor heller la dette være fritt opp til den enkelte, slik at det eventuelt kunne tegnes en tilleggsforsikring i private forsikringskasser til dekning av dette.³³

Så var spørsmålet hvem som skulle finansiere utgiftene til denne forsikringsordningen. Utgangspunktet var at forsikringstagerne skulle dekke

²⁹ *Syketrygden i femti år*, s.14

³⁰ *Ibid.* s.20

³¹ *Syketrygden i 25 år*, s.74

³² *Ibid.* s.16-17

³³ *Syketrygden i femti år*, s.23

mesteparten. I Tyskland og Østerrike var det vedtatt at arbeidsgiverne skulle bidra med noe. I Sverige og Danmark var det forslag om at det offentlige skulle bidra.³⁴ Flertallet i kommisjonen mente at forsikring mot sykdom var et privat anliggende og burde tuftes på selvhjelp. De mente likevel at man ikke helt kunne komme utenom enhver form for tilskudd. Det ble derfor foreslått at staten skulle dekke utgiftene til sentraladministrasjonen, Landssykekassen, mens kommunene skulle dekke lønnsutgiftene ved lokalkontorene, mens forsikringstagerne dekket utgifter til forsikringsutbetalinger. Dette ville ikke medføre en stor utgift for det offentlige.³⁵

Når det gjaldt hvem som skulle underlegges en slik tvungen forsikring tok man til orde for at den skulle omfatte, med enkelte unntak, den del av befolkningen som var i fast arbeid, ikke tjente mer enn 1200 kroner i året og som ikke jobbet i sjøfart eller innenfor primærnæringene; landbruk, skogbruk og fiske.³⁶

I 1893 ble første forsøk på å fremme et lovforslag i Odelstinget gjort. Det ble da fremsatt motforslag som medførte at saken ble utsatt. Samme lovforslag, med små modifikasjoner ble fremmet også i 1894 og 1895, men med samme resultat. I 1896 skulle man i gang med en utredning om alderdoms- og invalideforsikring og Stortinget valgte derfor å utsette videre behandling av saken inntil videre.³⁷

I 1900 ville man igjen forsøke å få gjennomslag for lovpålagt sykeforsikring. Det ble derfor nedsatt en ny arbeiderkommisjon som fremla et lovforslag i 1902. Men lovforslaget ble utsatt for skarp kritikk og saken ble igjen underlagt videre utredning. Først i 1907 avga Socialkomiteen en innstilling som konkluderte med å be regjeringen om at det ble fremlagt en kongelig proposisjon til lov om sykeforsikring.³⁸

³⁴ *Syketrygden i femti år*, s.22

³⁵ I.c.

³⁶ I.c.

³⁷ Inst. O.XI fra 1909, *Indstilling fra socialkomiteen om udfærdigelse af en lov om sygeforsikring*, s.1

³⁸ Ibid. s.2

I forhold til tidligere lovforslag var det denne gangen inntatt en bestemmelse om at også det offentlige skulle bære en del av utgiftene til forsikringsutbetaling.

Forsikringsordningen var fortsatt i hovedsak beregnet på å dekke tapte arbeidsfortjeneste. Men denne gangen hadde man inntatt bestemmelser om at utbetalinger fra sykeforsikringskassene skulle omfatte fri legehjelp og eventuelt behandling i sykehus når dette ble funnet påkrevet.

Når ”den vanlige arbeider” nå ville få økonomisk mulighet til å benytte seg av behandlingstilbud i sykehus regnet man i Socialkomiteen med at etterspørselen etter slike tjenester minst ville dobles. For å møte den økte etterspørselen etter behandlingsplasser i sykehus var man nødt til å bygge ut sykehusvesenet betraktelig, noe som ville kreve et økonomisk krafttak fra myndighetenes side. Beregningene gikk ut på at man måtte øke antall sykehussenger med nærmere 3000 for behandling av såkalte ”almindelig syge”, dvs. man holdt behandling av tuberkuløse og sinnssyke, samt fødende utenfor beregningen. Økonomisk beløp dette seg til rundt 10,5 millioner kroner.³⁹ I den nye loven påla staten en del av befolkningen å være medlem av en trygdeordning og Socialkomiteen uttrykker her altså at den nye loven derfor forpliktet det offentlige til å sørge for en økt sykehuskapasitet i landet. Hvis dette ikke hadde skjedd ville det i mange tilfeller ikke være mulig for det enkelte medlem å få oppfylt retten til naturaloppfyllelse, behandling i sykehus, som følger av lovgivningen.

Marit Halvorsen påpeker også at en slik rett på naturaloppfyllelse legger ”... helt andre fordringer på offentlige myndigheter i forhold til å fremskaffe tjenestene enn en rett til penger gjør.”⁴⁰

Forslag til Lov om sygeforsikring ble fremmet i Ot.prp. nr. 19, 1909.

³⁹ Indst. O.XI fra 1909, s.14

⁴⁰ *Rett til behandling i sykehus*, s.44

Da loven kom opp til behandling i Odelstinget i 1909 hadde den, som vi har sett, vært oppe til behandling flere ganger tidligere. Som Statsråd Abrahamsen 17.aug 1909 sa om sykeforsikringsloven; den var ”..forberedt bedre og omhyggeligere end de aller fleste sager som kommer under tingets afgjørelse.” Likefullt var det fortsatt representanter som ønsket at saken på ny skulle utsettes for videre utredning, jfr. uttalelsen fra stortingsrepresentant Aarnes.⁴¹ Men dette fikk ikke flertall i Odelstinget.

Den delen av lovteksten som omhandlet muligheten for å få dekket behandling i sykehus ble stående stort sett uforandret på vei gjennom Odelsting og Lagting.

Når det gjaldt muligheten til å anke en eventuell nektelse av krav om å få dekket et sykehusopphold var dette hjemlet i lovens paragraf 66, 1 ledd, litra h og videre;

”Tvistigheder, som maate oppstaa:

h. i anledning af krav paa en kredssygekasses ydelser efter denne lov,

(...) indbringes til prøvelse af en nævnd paa 3 medlemmer (...)”

Sammensetningen av nemnden ble videre i samme paragraf satt til å være minst en representant fra formannskapet, en representant for arbeidsgiverne og en representant fra kretssykekassen. Medlemmene skulle velges av kommunestyret i den gjeldende kommune og satt for 3 år av gangen. (Lov om sykeforsikring av 1909, § 66, 1.ledd 1. og 2. punktum.)

Partene kunne på forhånd være enige om at nemndens avgjørelse skulle være endelig, hvis ikke kunne avgjørelsen i nemnden bringes videre inn for riksforsikringsanstalten. Avgjørelser som falt der var derimot endelige. (§66, 3.ledd)

⁴¹ Love med tilhørende forarbeider 1909, s.1227

Vi hadde med andre ord her en lov som oppfyller de fleste av de kravene Wästerhall oppstiller for at det skal være snakk om en reel rettighet, jfr. denne oppgavens kapittel 1.2. Det som trekker i motsatt retning er at det fortsatt er legene som etter eget skjønn vurderer hvem som skal få en rett til sykehusbehandling, jfr. sygetrygdlovens § 18, punkt 1.

Loven ble sanksjonert 18.september 1909 og vedtatt gjort gjeldende fra 1.juli 1911. I løpet av tiden mellom sanksjon av loven og ikrafttredelse skulle de lokale kredssygekassene organiseres.

3.4 Etterlevelse av loven, Sygekassenes medlemsmasse og senere lovendringer

I dette kapittelet vil jeg vise hvordan loven etterleves i tiden etter at den ble iverksatt. Jeg vil også vise at den etter hvert omfattet en stadig større del av Norges befolkning. Dette skjedde i hovedsak gjennom lovendringer der inntektsgrensen ble økt, men også ved at også andre yrkesgrupper ble inkludert.

3.4.1 Etterlevelse av loven

Ordlyden i sygeforsikringslovens § 18 kunne oppfattes som noe misvisende. Det heter i lovteksten:

”... **kan** der ydes den forsikrede fri kur og pleie paa sygehus..”

Det sies altså ikke klart i denne paragrafen at den forsikrede har **krav** på dette selv om legen ”... finder, at saa bør ske.”

Det var derfor rom for å diskutere om det fra lovgivers side var meningen at de lokale kretssykekassene skulle kunne nekte å dekke behandling i sykehus eller om det, når legen fant det nødvendig, automatisk ble utløst en rett til å få et slikt opphold dekket.

Dersom man sammenholder § 18 med § 26.2 kan man antakelig forutsette at meningen var at en slik rett ble utløst; ”Forsikret person, som med forsæt eller ved selvforskyldt beruselse har paadraget sig sykdom, eller som er kommen til skade ved en af ham selv med forsæt forvoldt ulykke, mister retten til sygepenge eller fri kur og pleie paa sygehus.”

Sammenholder man disse to paragrafer tyder det på at lovgiver hadde ment at når lege fant påkrevet med sykehusbehandling var dette i utgangspunktet en rettighet den forsikrede hadde og ikke noe det var opp til den lokale kretssykekassen å avgjøre.

Dette problemet kommenteres også i forarbeidene til ny Lov om syketrygd av 1930. På side 17 i Ot. prp. nr 19, 1930 het det:

”... enkelte kasser hevder at loven nu ikke pålegger dem som noen plikt å yde sykehusbehandling (dvs. etter loven av 1909, egen anm.), hvor nødvendig og påkrevet denne enn måtte være.”

Det anføres videre at i de tilfeller den forsikrede har innklaget en avgjørelse fra kretssykekassen om å ikke utbetale penger til sykehusbehandling og saken har kommet til avgjørelse i riksforsikringsanstalten hadde denne alltid fulgt prinsippet at kassene skulle være pliktige å dekke et slikt opphold.

Det ble derfor anbefalt i Ot. proposisjonen, og senere vedtatt i Lov om syketrygd av 6.juni 1930 nr.18 at dette var en rettighet for den trygdede å få dekket og en plikt for sykekassene å utbetale, jfr. 17.1 i 1930-loven:

”... *skal* der ydes den trygdede fri kur og pleie.”

Riksforsikringsanstalten, som øverste klageorgan, hadde i alle sine avgjørelser gitt den trygdede medhold om han hadde påklaget et avslag på dekning av sykehusbehandling fra sin kretssykekasse. Det var derfor i 1930-loven kun snakk om en kodifisering av gjeldende rett til å få dekket sykehusbehandling. Rettigheten ble videreført i den senere Lov om syketrygd av 2.mars 1956, i dennes paragraf 38 og 39.

Under utarbeidelse av lov om sygeforsikring av 1909 hadde Socialkomiteen, som kjent, uttalt en forventning om at antallet sykehusinnleggelser ville øke markant og dette viste seg slå til for fullt.

Dette hadde nok to årsaker, ikke bare det faktum at det ble økonomisk mulig for en større del av befolkningen, men også det at sykehusene nå kunne tilby en kurativ behandling på et helt annet nivå enn bare 50 år tidligere.

Man så en klar økning i antall sykehus og i antall innleggelser i årene etter 1911. I perioden 1909 til 1920 ble det bygd 32 nye sykehus, sinnssykehus holdt utenfor. Økningen i antall sykehus var spesielt stor i de store byene ettersom det var der folketallet økte mest på begynnelsen av 1900-tallet. Dette som følge av byenes økte behov for arbeidskraft innen den voksende industrien som kom der.⁴² I 1900 behandlet man 16.691 pasienter ved sykehus i Norge⁴³. I 1925 hadde dette økt til hele 86.744.⁴⁴

Den økte mengden pasienter som skulle behandles var også viktig for kvalitetsutviklingen i sykehusstilbudet her i landet.

⁴² *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, s.180

⁴³ *Sunn sjel i et sunt legeme*, Norsk teknisk museum/Nasjonalt medisinsk museum (online), tilgang: http://www.tekniskmuseum.no/medisinskmuseum/sunn_sjel/tidsbilder1900.htm, (Sisert 16.04.07)

⁴⁴ *Sunn sjel i et sunt legeme*, tilgang: http://www.tekniskmuseum.no/medisinskmuseum/sunn_sjel/tidsbilder1925.htm, (Sisert 16.04.07)

Magne Nylenna skriver i boken ”Helse og nasjonsbygging” at det faktisk at det i 1911 ble innført obligatorisk sykeforsikring for en stor gruppe av Norges befolkning på mange måter la ”grunnlaget for veksten av de kurative helsetjenester i de neste 100 år.”⁴⁵

Utviklingen viste også at den delen av sykeforsikringsordningen som omhandlet retten til å få dekket sykehusbehandling ble stadig viktigere for forsikringskassens medlemmer.

I 1912 ble det utbetalt 2 243 000 kroner i sykepenger mens 571.000 kroner gikk til å dekke sykehuspleie. Dette forholdet endret seg gradvis og i 1930 passerte utgiftene til sykehuspleie utgiftene til sykepenger. I 1934 var forholdet at det ble utbetalt 7 883 000 kroner i sykepenger mens 10 990 000 kroner ble utbetalt som refusjon for utført behandling og pleie i sykehus.⁴⁶

Denne utviklingen har fortsatt helt opp mot vår tid. I 1992 kostet befolkningens helsetjenester det offentlige 37,8 milliarder mens folketrygden utbetalte 11 milliarder i sykepenger.⁴⁷

Viktigheten av retten til å få dekket sykehusbehandling understrekes også av riksforsikringsanstaltens mangeårige formann, Marius Ormestad. I 1936 skrev han følgende:

”Det er den gjeldende oppfatning her i landet at syketrygdens naturalydelse er de viktigste og at pengeunderstøttelsen er mindre viktig. Det viktigste for ethvert sykt menneske er å skaffe de best mulige midler for å bli helbredet og herunder kommer sykehusbehandlingen i vår tid i første rekke.”⁴⁸

⁴⁵ *Helse og nasjonsbygging*, s.105

⁴⁶ *Syketrygden i 25 år*, s.162-3

⁴⁷ *Rett til behandling i sykehus*, s.47

⁴⁸ *Syketrygden i 25 år*, s.75

3.4.2 Utvikling i medlemsmassen

Da loven trådte i kraft omfattet den, med enkelte unntak; ”... lønnsarbeidere samt betjente i offentlig eller privat tjeneste...” (§1.1) som tjente under 1200 kroner årlig om vedkommende bodde på landet og under 1400 kroner om vedkommende var bosatt i by. (§1.2)

Det var også mulighet for andre å frivillig bli medlem av forsikringsordningen.

Dette gjaldt folk som tjente under 800 kroner i året og ikke hadde en formue som oversteg 7000 kroner for folk på landsbygda og 1000 kroner i årsinntekt og en formue på 10000 om man bodde i en by. Også her oppramser loven en del unntak for hvem som kan delta i ordningen. (§10)

Alt i alt førte dette til at det i 1911 var til sammen 321.642 medlemmer av syketrygden, av disse var 500 frivillige.⁴⁹ Totalt sett utgjorde dette til sammen litt over 13 % av Norges befolkning, eller rundt 34 % av yrkesbefolkningen mellom 15 og 70 år.⁵⁰

De forsikredes familie hadde jo også rettigheter etter den nye loven, så totalt sett omfattet forsikringsordningen nærmere 1 million mennesker, dvs. rundt 40 % av befolkningen.⁵¹

I årene etter at loven trådte i kraft ble det gjentatte ganger gjort lovendringer der man hevet inntektsgrensen for pliktig innmelding i forsikringsordningen. Dette medførte at i 1920 hadde medlemstallet økt til hele 584.630, hvorav nesten 41.000 frivillige. I 1934 var det hele 718.505 medlemmer, 124.323 frivillige.⁵² Når man da vet at også familiemedlemmer var omfattet og helt eller delvis beskyttet av forsikringsordningen, ser man at det var en stor andel av Norges befolkning som hadde plikter og rettigheter etter denne loven 23 år etter at den trådte i kraft.

⁴⁹ *Syketrygden i 25 år*, s.159

⁵⁰ Aina Schiøtz, *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Oslo 2003, s.184

⁵¹ Ibid. s.60

⁵² *Syketrygden i 25 år*, s.159

Rundt midten av 1930-tallet ble også fiskere og sjømenn i utenriksfart inkludert i den obligatoriske syketrygden. Og på begynnelsen av 1950-tallet var hele 90 % av befolkning pålagt medlemskap i syketrygdsystemet.⁵³

I 1939 avga Sosiallovskomiteen et forslag om at syketrygden skulle omfatte hele befolkningen. Forslaget ble ikke vedtatt.

I 1953 ble det på ny fremsatt en proposisjon om pliktig innmelding i syketrygden for alle og den 2.mars 1956 ble loven sanksjonert og syketrygd for hele Norges befolkning var en realitet.

Underveis hadde også finansieringen av syketrygden endret seg. Den siste endringen, vedtatt i 1956, bestemte at det var arbeidsgiverne som sto for hovedtyngden av innbetalingen til trygdekassene. Arbeidsgiver skulle bidra med et premietilskudd på 60 % mens staten skulle bidra med 23 %.⁵⁴ Dette var en stor forbedring for det enkelte medlem som ved starten, i 1911, selv måtte bidra med 60 %, arbeidsgiver med 20 %, kommunen med 10 % og staten med 10 %.⁵⁵

Ved lov av 17.juni 1966 ble syketrygden inkorporert i den nye Folketrygdloven. Dette sammen med de andre trygdeordningene man hadde på det daværende tidspunkt, som for eksempel alderstrygd og barnetrygd og ble dekket inn gjennom beskatningen.

Sykeforsikringsloven fremstår i ettertid helt klart som en rettighetslov for dem som var omfattet av den. Som vi har sett ga loven fra 1909 medlemmene av forsikringsordningen et klart krav på å få dekket behandling i sykehus. Dette sees i det faktum at Rigsforsikringsanstalten alltid ga klager medhold der det ble påklaget et vedtak i en lokal sykekasse om å nekte å dekke dette. At det var et offentlig ansvar å sørge for tilbud om behandlingsplasser kan leses ut av Socialkomiteens

⁵³ *Syketrygden i femti år*, s.273-278

⁵⁴ *Ibid.* s.362

⁵⁵ *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, s.184

innstilling til loven av 1909, der de understreker det offentliges ansvar for å bygge nye sykehus.

I tillegg gir også økningen i bruk av sykehustjenester og de økte utgifter dette medførte, en indikasjon om at dette ble oppfattet og fungerte som en rettighet i datidens samfunn.

4 Pasientrettighetsloven

4.1 Fremvekst av pasientrettigheter og lovfestet rett til behandling i sykehus

Når vi snakker om fremvekst av pasientrettigheter skiller Asbjørn Kjønstad mellom tre hovedgrupper:⁵⁶

1. Retten til å bli pasient.
2. Rettigheter etter at pasientstatus er oppnådd.
3. Formelle rettigheter, saksbehandlingsregler.

Punkt 1 omhandler både retten til å bli undersøkt og retten til behandling. Det som er viktig for denne oppgaven er retten til behandling, jfr. avgrensninger i kapittel 1.

Tidligere lover hadde tatt for seg finansieringen av sykehusbehandling; Sygeforsikringsloven som trådte i kraft i 1911, videreført i trygdelovgivningen, og organiseringen av helsetjenestene gjennom sykehusloven av 1969.

I tillegg hadde Norge, mot slutten av 1900-tallet utviklet seg til å bli en rik nasjon som kunne tilby sin befolkning et bredt sett av tjenester, så også innen helsevesenet. Men at enhver borger hadde rett til å nyte godt av tjenestene de norske sykehus hadde å tilby var ennå ikke direkte uttrykt i lovs form.

Enkelte ”helsejurister” mente likevel at man kunne utlede en slik rett fra lovgivningen som allerede forelå.. Dette sies blant annet av professor Ståle Eskeland i en utredning fra 1992. I utredningen trekker han en parallell mellom kommunehelsetjenestelovens § 2-1 som gir enhver som oppholder seg i en kommune ”rett til nødvendig helsehjelp” og sykehuslovens § 2 som sier at det er fylkeskommunens ansvar å ”sørge for” at befolkningen får dekket sitt behov for

⁵⁶ A. Kjønstad og A. Syse (red), *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*, Oslo 1992

blant annet sykehusbehandling.⁵⁷ Denne utredningen og dette synspunktet kommer jeg tilbake til senere.

Marit Halvorsen hadde i lang tid ment at det i Norge forelå en rett til sykehusbehandling som følge av trygdelovgivning og sykehusloven sett i sammenheng. Dette synet underbygger hun i sin bok "Rett til behandling i sykehus".

Men mange juridiske uttalelser gikk i motsatt retning, at pasienten ikke hadde et rettskrav i forhold til det offentlige når det gjaldt retten til sykehusbehandling. Se for eksempel synet i boken til Kjørstad og Syse.⁵⁸

Det var også mange andre faktorer i samfunnet som etter hvert presset frem en ny lovgivning. For det første var det en trend utover 1980-tallet å lovfeste enkeltindividets rettigheter på mange områder. Innen helserett fikk vi lov om kommunehelsetjeneste. En annen lov var for eksempel produktansvarsloven. Denne ga den enkelte rettskrav mot produsenter av ulike slag dersom det skulle oppstå skade på person eller eiendom som følge av bruk av gjenstander den enkelte produsent hadde laget og solgt. I forholdet mellom stat og borgerne fikk vi personregisterloven.

For det andre hadde det etter hvert fremkommet et krav om en sentral styring av helsevesenet. Dette hadde flere årsaker. Man hadde innsett at man var nødt til å prioritere, man kunne ikke behandle alle. Dette førte med seg et behov for å regulere hvordan en slik prioritering skulle skje. Vi har sett at gjennom sykehusenes historie i Norge hadde det stort sett vært opp til legene å prioritere. Det var overlegene som bestemte hvem som skulle komme til behandling ved det enkelte sykehus og hva slags behandling som skulle gis. Dette ser vi utfra retningslinjene for innleggelse på Rikshospitalet, jfr. tidligere kapittel i denne oppgaven, dette var vanlig praksis på sykehusene helt frem til slutten av 1900-tallet. Dette kunne tidvis gi dårlig forutsigbarhet for hvem som ville få behandling og hvilken type

⁵⁷ Ståle Eskeland, *Lov om pasientrettigheter: et begrunnet lovforslag*, Oslo 1992

⁵⁸ *Velferdsrett*, s.203-206

behandling som ville bli tilbudt. Dette kunne avhenge av hvor i landet man bodde eller oppholdt seg, hvilken lege som vurderte innleggelsen og ressursene på det aktuelle sykehus. Nå ønsket man isteden en rettferdig og lik praksis uansett hvor i Norge man befant seg når et eventuelt behov for sykehusinnleggelse måtte foreligge.

I tillegg var det etter hvert kommet frem et krav om effektivisering, man ønsket, som Syse skriver, ”mer helse for hver krone”.⁵⁹

En styring av helsevesenet og dets tilgang på tjenester kan gjøres på flere måter. Olav Molven stiller opp fem ulike modeller⁶⁰

1. Planmodellen

Her legger det offentlige opp en plan for hvordan de skal dekke behovet for helsetjenester innen sin region. Der er det politikere, sentralt og lokalt, og administratorer som bevilger og planlegger de tjenester som skal tilbys.

2. Rettskravmodellen

Stortinget kan også, gjennom lov, rettighetsfeste konkret hva som skal tilbys av helsetjenester og pålegge denne plikten de ansvarlige instanser.

3. Skjønnsmodellen

Her er utvises det et skjønn, tradisjonsmessig fra overlegens side, hvilke lidelser man skal behandle og hvem som skal nyte godt av

⁵⁹ Aslak Syse, *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Oslo 2001

⁶⁰ Olav Molven, *Hese og jus*, Oslo 2002, s.80-82

tilbudet. Denne modellen vi kjenner igjen fra den gang man opprettet Rigshospitalet i 1826.

4. Markedsmodellen

Dette er tilfelle der det offentlige trekker seg ut av lovgivning, planlegging, drift og finansiering, men lar etterspørselen bestemme hva som skal tilbys. Det blir da opptil de som driver sykehus å avgjøre hva som skal tilbys og opp til kundekretsen, potensielle pasienter, om de ønsker eller har råd til de tjenester som tilbys. USA er vel et eksempel på denne modellen.

5. Tvangsmodellen

Til sist nevner han muligheten for bruk av tvang til å motta visse tjenester.

Vi hatt innslag av flere modeller her i landet. Vi har sett hvordan staten planla og bygget det første Rikshospital. Senere sto både det offentlige og private instanser for bygging av sykehus rundt om i landet. Det å bygge og drive sykehus var ikke et direkte offentlig ansvar før vi på slutten av 60-tallet fikk sykehusloven som påla fylkeskommunene planlegging av sykehustjenester rundt om i landet. Det offentlige har også vært inne på finansieringssiden. Både gjennom drift av sykehus og refusjon av utgifter forbundet med behandlingen, både på offentlige og privateide institusjoner.

Hvor stor del av regningen det offentlige har påtatt seg har variert gjennom tidene, men økte gradvis fra innføringen av sykeforsikringen, der det offentlige kun dekket en liten del, og frem til at innleggelse i sykehus ble helt gratis for den enkelte. Så det har hele tiden, i større eller mindre grad, vært klare innslag av planstyring.

Samtidig har det, som vi har sett, vært et kraftig innslag av skjønn i det norske helsevesen. Selv om dette har avtatt med årene, vil man aldri komme helt bort fra at det i mange tilfeller er legen som må bestemme hvem som skal komme inn til undersøkelse og evt. behandling.

Når det gjelder rettskravsmodellen har vi sett at det fulgte visse rettigheter av sygeforsikringsloven med etterfølgende endringer. Men der var det også store innslag av skjønn. Det var fortsatt legen som måtte avgjøre, etter egen vurdering, om sykehusopphold var nødvendig. I det øyeblikk så var tilfelle, hadde man et krav på å få behandlingen dekket.

Gjennom Lov om svangerskapsavbrudd og Lov om rett til sterilisering fikk vi klare rettighetslover.

Gjennom ventelistegarantien, som over tid skiftet navn til ventetidsgaranti, og senere pasientrettighetsloven ønsket man fra Stortinget å gi enda klarere signaler om hvilke pasientkategorier som har klare rettskrav på behandling.

Markedsmodellen har, når det gjelder behandling i sykehus, vært heller perifer i Norge. På 90-tallet ble det fremmet ønsker fra private sykehus om å kunne tilby tjenester utenfor den offentlige finansieringen, slik at det var mulighet for dem som hadde råd til det, til å ”kjøpe seg ut av helsekøen”. Dette ble det ikke gitt tillatelse til i særlig stor utstrekning. Det ble den gang ytret bekymring fra forskjellige hold. Bekymringen gikk blant annet på at man var redd man ville få et klaseskille mellom de som hadde råd til å kjøpe private helsetjenester og de som ikke hadde det. At de med god økonomi ville ha tilgang på flere tjenester. I tillegg var man bekymret for at dyktig helsepersonell skulle bevege seg fra offentlige institusjoner og over i private.

Det har også vært enkelte elementer av tvang, spesielt innefor psykiatrien. På somatisk side har, etter hva jeg vet, dette kun har gått på tvangsisolering av smittepasienter. Et eksempel her er en narkoman pasient som var tvangsinnlagt på Ullevål sykehus, etter smittevernsloven, på slutten av 1980-tallet. Dette fordi han var Hiv-positiv og man mente

han ikke tok tilstrekkelig hensyn til dette og derfor påførte andre narkomane en smitterisiko gjennom deling av sprøyter og kanyler. Han gikk senere til søksmål mot avgjørelsen, domstolen omgjorde denne og tvangsisoleringen ble opphevet. Han ble tildelt kommunal bolig og flyttet ut av sykehuset. Dette var en sak som var fremme i media rundt 1990.

Så det kan fastslås at vi i Norge har en sammenblanding av de aller fleste modeller i større eller mindre grad, noe også Molven konkluderer med.⁶¹

4.2 Lov om pasientrettigheter, lov av 2.juli 1999 nr 63

Den delen av pasientrettighetsloven som direkte omhandler retten til behandling i sykehus finner vi i § 2-1, der sies:

”Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Retten til helsehjelp gjelder i offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning fylkeskommunen har inngått avtale med disse om tjenesteyting, og innen de grenser som kapasiteten setter.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett på, og tidsfristen for å gjennomføre dette.”

⁶¹ *Helse og jus*, s.82

Begrepet ”pasient” er definert i lovens § 1-3, litra a: ”en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om hjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.”

4.3 Forarbeider

4.3.1 NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste

Et problem var at det var en skjevfordeling av sykehustjenester i Norge. Man så forskjeller i tilbudet til ulike pasientgrupper og også forskjeller i tilbudet avhengig av hvor i landet man bodde.⁶² Det store innslaget av skjønn i vurderingen av hvem som skulle tilbys behandling må ta mesteparten av skylden for dette. Dette medførte at det etter hvert presset seg frem et behov for en mer sentral styring av helsevesenet, der det ble gitt klarere retningslinjer som forpliktet sykehusene i forhold til pasientene.

En annen ting som etter hvert fremsto helt klart var at man var nødt til å prioritere. Det var ikke mulig å tilby alle optimal sykehusbehandling med en gang. Dette kom frem i langtidsprogrammet for helsevesenet for perioden 1986-89, fremlagt av regjeringen Willoch. Der het det at det var et ”(...) behov for prioritering i helsesektoren pga den raske medisinske utvikling som gir stadig bedre behandlingsmuligheter og de økonomiske rammene som setter grenser for hva helsetjenesten kan gjøre.”⁶³

I den forbindelse ble det i 1985 nedsatt et utvalg som skulle utrede retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsevesen. I mandatet til utvalget het det blant annet også at det skulle sees på; ”(...) hvordan ulike typer av prioriteringer påvirker pasientens rettsikkerhet og befolkningens rett til helsetjenester.”⁶⁴

⁶² NOU 1987: 23, ”Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste”, s.11

⁶³ Ibid. s.7

⁶⁴ Ibid. s.8

Fra at man i Norge hadde en situasjon der folk flest var meget fornøyd med det tilbud vi hadde av helsetjenester her i landet, så man på denne tiden en økende kritikk. Dette skyldtes blant annet knapphet på resurser og lange sykehuskøer. Utviklingen gikk i retning av at potensielle ”kunder” i helsevesenet stilte stadig høyere krav, helsepersonell stilte høyere krav til egne tjenester og at det på veldig mange områder ble gjort store medisinske fremskritt.

De medisinske fremskritt dreide seg i mange tilfeller om nyvinninger. Det vil si at man ved hjelp av nye behandlingsmetoder kunne behandle nye lidelser. Det var altså ikke alltid det var snakk om nye metoder til erstatning for de gamle. Alt i alt førte dette med seg at man hadde kunnskap og teknologi til å behandle stadig flere, uten at det nødvendigvis var tilstrekkelige økonomiske ressurser til dette.

Spørsmålet ble derfor; hva skal man si ja til av nye tilbud og hva vil det medføre i reduserte tilbud på andre områder, for som utvalget sa; ”Det er grenser for hvor stor del av et lands samlede ressurser som kan investeres og forbrukes innen helsetjenesten.”⁶⁵

På sykehusene opplevde man nå at sykdomstilfeller som ble ansett for uhelbredelige for kun få år siden nå kunne behandles helt eller delvis slik at den enkelte pasients prognose til overlevelse økte. Sykdomstilfeller som hos pasienten tidligere medførte en snarlig død kunne nå medføre en behandling som krevde økt ressursbruk, både med hensyn til personell, utstyr og medisiner.

Et eksempel her er transplantasjonsteknologien. Man transplanterte stadig flere og fikk stadig nye medikamenter som økte mulighetene for et lengre og velfungerende liv, med de krav til ressurser fra helsevesenet det medførte. Både til medisiner, oppfølging og behandling.

Ettersom denne utviklingen pågikk uten at sentrale myndigheter til stadighet økte pengestrømmen til helsevesenet medførte dette et økende behov for å prioritere. Og

⁶⁵ NOU 1987: 23, s.25

da måtte man innse det at ”..det å prioritere A ikke bare er å vedta at A skal prioriteres opp. Det må også finnes minst en B som prioriteres lavere enn før.”⁶⁶

En slik situasjon kan selvfølgelig også avhjelpes på andre måter enn ved prioritering. For det første finnes det ofte en mulighet for å utnytte de ressurser man allerede har bedre, det vil si en effektivisering innen helsevesenet. En annen løsning på problemet er at man øker de økonomiske overføringene til helsevesenet. Men, begge disse løsningene har naturligvis en grense.

Det ble i denne utredningen konkludert med at etterspørselen etter sykehustjenester er større enn hva man har mulighet til å oppfylle, slik at en prioritering måtte til. Problemstillingen ble da; etter hvilke kriterier?

Utvalget kom frem til at det viktigste kriteriet var alvorlighetsgraden, men at dette ikke kunne stå alene som et kriterium. Man måtte også se på hvor stor nytte en behandling ville ha, både med tanke på mulighet til bedring, i forhold til forventet levetid etter behandling og også til en viss grad hvor dyr en behandling ville være, uten at det sistnevnte skulle tillegges særlig vekt.⁶⁷

At alle ellers skulle ha lik tilgang var allerede godt grunnfestet i den norske befolkning. Det skulle ikke være forskjell på Jørgen hattemaker og Kong Salomon.

Til slutt kom utvalget frem til et prioriteringssystem med fem nivåer. Første prioritetsnivå var den gruppen som kom aller først i køen. Her sammenfaller kriteriene med de kriterier som legges til grunn for rett til øyeblikkelig hjelp. Neste nivå var for tjenester som er nødvendige da man, dersom tiltak ikke ble iverksatt, på sikt sannsynligvis ville se svært alvorlige konsekvenser for pasienten. Nivå 3 er der man har dokumentert effekt av tiltaket og dersom disse ikke settes i verk risikerer en uønsket skadevirkning. Neste nivå lå nært opptil nivå 3, men med mindre

⁶⁶ NOU 1987: 23, s.25

⁶⁷ Ibid. s.72-3

konsekvenser ved unnlatelse av behandling. Siste nivå gjaldt tjenester som utvalget enten ikke kunne se at var nødvendige eller ikke hadde dokumentert effekt. Utvalget nevnte eksempler på diagnoser innen de fem nivåene, samtidig som de påpekte at det var tilnærmet umulig å plassere alle diagnoser og tiltak.⁶⁸

Avslutningsvis sies det i utredningen at lovgivning antakelig ikke er den beste veien å gå. Det sies i stedet: ”Det viktigste virkemidlet for en mer realistisk og effektiv prioritering er imidlertid et mer gjennomtenkt og bedre begrunnet system av prinsipper og retningslinjer for prioriteringer.”⁶⁹

4.3.2 Ventelisteforskriften

Verken ventelisteforskriften eller lovutkastet fra Norsk Pasientforening, kapittel 5.3.5, tilhører det som normalt regnes som forarbeider til en lov⁷⁰. Jeg mener likevel de har hatt betydning for utarbeidelsen av pasientrettighetsloven og har derfor valgt å ta dem med i oppgaven.

Som en oppfølging av Lønningutvalgets rapport sendte Sosialdepartementet i juli 1990, med hjemmel i sykehusloven og lov om psykisk helsevern, ut en forskrift om ventelisteregistrering og prioritering av pasienter, Rundskriv I-43/90.

Et av målene med forskriften var at sykehusene skulle prioritere pasientene etter samme retningslinjer, slik at tilbudet var det samme uansett hvor i landet man bodde. I tillegg ønsket man å fordele tjenestene rettferdig utfra behov, dvs. de sykeste skulle prioriteres foran de som kunne vente lenger.

⁶⁸ NOU 1987: 23, s.94-5

⁶⁹ Ibid. s.93

⁷⁰ *Velferdsrett*, s.72

På den tiden var fylkeskommunene eiere av sykehusene, jfr. sykehusloven av 1969. I forskriftens kapittel III ble sykehuseierne pålagt å sørge for at alle nyhenviste pasienter ble vurdert opp mot prioriteringsforskriftens prioriteringsgrupper. Pasienter med første prioritet var de med behov for øyeblikkelig hjelp, disse skulle hjelpes umiddelbart⁷¹. Dette var også slått fast i sykehuslovens § 6.

Forskriften tok utgangspunkt i Lønningutvalgets prioriteringsliste og de som ble vurdert til å tilhøre prioriteringsgruppe II skulle settes opp på en venteliste og behandles innen 6 måneder.

Det eneste kriteriet for å havne i denne gruppen var at pasienten hadde behov for behandlingstiltak ”som er nødvendige i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for pasienten.”⁷²

Lønningutvalget hadde på sin side sagt at alvorlighetskravet alene ikke måtte legges til grunn i prioriteringen, man måtte også se på effekt av behandlingen.

Øvrige pasienter skulle, som tidligere, også tilbys behandling, men vente på ledig kapasitet.

I et senere rundskriv fra sosialdepartementet, I-25/92, kom en klarere avgrenset veiledning angående hvilke pasienter som skulle plasseres i prioriteringsgruppe II. Her var det, innenfor en god del medisinske områder, satt opp konkrete diagnoser som utløste rett til å komme på denne ventelisten.

Dersom fylkeskommunen ikke klarte å behandle ventelistepasienter innen 6 måneder skulle pasienten settes på en særskilt prioriteringsliste⁷³ og fylkeskommunen pliktet da å søke å skaffe behandlingsplass snart, innen eller utenfor eget område⁷⁴.

⁷¹ Rundskriv I-43/90, § 3-2

⁷² Ibid. § 3-3

⁷³ Ibid. § 4-1

⁷⁴ Ibid. § 4-2

Selv om forskriften var ment å være bindende for fylkeskommunene med tanke på 6-månedersfristen, var det tvil om den medførte en rettighet for den enkelte pasient. Utover det å sette pasienter som ikke var behandlet innen fristen på en særskilt liste og søke disse behandlet så snart som mulig, inneholdt forskriften ingen regler om sanksjoner mot sykehuseier ved brudd på bestemmelsene.

Erfaringene med ordningen ble oppsummert i St.meld. nr.44 (1995-96). Her ble det konstatert at de aller fleste garantipasienter ble behandlet innen fristen, selv om andelen som ikke fikk behandling innen et halvt år var noe økende.

Tallene for 1993 viste at fristen ble overskredet for 6,5 % av dem som var satt opp på ventelisten, i 1994 8 % og i 1995 10 %, men samtidig var antallet pasienter som ble behandlet stadig økende.

Det som var mer foruroligende var at det var store fylkesvise forskjeller, målet om tilbudslikhet var altså ikke nådd.

Av nyhenviste pasienter i Rogaland ble 90 % satt på prioriteringsliste, mens i Telemark var andelen kun 30 %, departementet tilskrev i hovedsak dette en ulik tolkning av regelverket.

I 1997 ble ventelisteforskriften avløst av forskrift om ventetidsgaranti og med den kom flere endringer. For det første ble det innført en vurderingsgaranti, pasienter som var henvist til spesialisthelsetjenesten skulle vurderes innen 30 dager. Man forlot også diagnose som utgangspunkt for å komme på ventelisten og stilte i stedet et krav om en totalvurdering av pasienten.

Den viktigste endringen var likevel at det nå ikke bare var alvorlighetsbegrepet som skulle legges til grunn, nå var det også oppstilt et krav om effekt av behandlingen. Ved at man fortsatt hadde samme krav til alvorlighet, samtidig som man stilte krav om effekt av behandlingen, vil det si at gruppen av pasienter med garanti ble noe innskrenket.

4.3.3 NOU 1992: 8 Lov om pasientrettigheter

Sosialdepartementet engasjerte i 1988 dr. juris Ståle Eskeland som prosjektleder for en utredning med det som formål å utferdige en lov om pasientrettigheter.

Han påpekte at datidens erfaringer tilsa at de nasjonale prioriteringene for helsevesenet i mange tilfeller ikke ble fulgt opp lokalt.⁷⁵ Selv om departement og Storting hadde vedtatt visse satsningsområder og prioriteringer, ble ikke alltid dette fulgt opp lokalt, i de enkelte fylkeskommuner. Dette som følge av det lokale selvstyre.

Det var derfor ikke spørsmål om det var et behov for å få en sterkere styringsmulighet fra sentrale hold, men et spørsmål om hvordan dette kunne skje på en mest mulig hensiktsmessig måte.⁷⁶ Eskeland sa videre at dette ikke kunne skje på en tilstrekkelig god måte uten at det ble fastesatt bindende regler.

På bakgrunn av Fusa-dommen mener han at den enkelte borger allerede har et *visst* rettskrav på tjenester fra sykehusene her i landet;

”(Det...) ville være nokså meningsløst om domstolene skulle tolke sykehusloven (...) slik at de(n) ikke gir rett til helsehjelp på et visst minimumsnivå.”⁷⁷

Eskeland mente altså at det til en viss grad også var snakk om å lovfeste de rettigheter som allerede delvis fremkom av rettspraksis.

Problemstillingen som reiste seg var hvordan dette skulle gjøres. Han trekker frem muligheten for å ha et regelsystem der Staten, gjennom en form for intern instruksmyndighet, kan pålegge sykehusene, ved fylkeskommunene, å rette seg etter

⁷⁵ *Lov om pasientrettigheter : et begrunnet lovforslag*, s.45

⁷⁶ I.c.

⁷⁷ Ibid. s.55

oppsatte prioriteringer.⁷⁸ Dette mener han er en unødvendig svak bindingsform og konkluderer med behovet for rettsregler der den enkelte borger blir rettighetshaver i forhold til de lover som gis, med sykehus/fylkeskommuner som pliktig til å oppfylle kravene. Retten til behandling stadfestes i lovforslagets § 2-3 og plikten pålegges fylkeskommunen i § 1-3, punkt 2.

Han henviste til Lønningutvalgets prioriteringsnivåer, men han sa også at selv om disse nivåer legges til grunn skal de ikke følges slavisk.⁷⁹

At Eskeland ikke tok hensyn til alle kriteriene i disse prioriteringsnivåene kommer klart frem i ordlyden i forslaget til § 2-3; ”Dersom lege finner at en pasient har en alvorlig sykdom, skade eller funksjonshemming, har pasienten rett til behandling.” Her vektlegges kun alvorlighet, ikke nytteeffekten av behandlingen, i strid med uttalelser fra Lønningutvalget.

Det settes også opp en frist for oppstart av behandlingen, denne foreslås satt til 60 dager, § 2-7, punkt 4. Det oppstilles dog en mulighet for forlengelse av fristen med opptil 120 dager, jfr. § 2-7, punkt 6 til 9.

I lovforslaget ble det i utgangspunktet ikke satt opp en mulighet for helsevesenet på lokalt nivå til å fraskrive seg ansvar for naturaloppfyllelse grunnet kapasitetsmangel. Tvert imot, i § 3-4 sies det at dersom slik kapasitet ikke foreligger i den fylkeskommune vedkommende tilhører skal pasienten henvises til sykehus i et annet fylke. Ved manglende kapasitet eller kompetanse ved offentlige sykehus i landet forøvrig oppstilles derimot ingen rett til å få dekket behandling andre steder, det være seg ved private sykehus i Norge eller sykehus i utlandet.

Som nevnt i kapittel 1.2 oppstiller Lotta Westerhäll et krav om mulighet for å påklage en manglende oppfyllelse av et rettskrav for at det skal være snakk om en reell rettighet.

I forslaget fra Eskeland oppfylles dette kravet i regler om klagerett, § 7-3.

⁷⁸ *Lov om pasientrettigheter : et begrunnet lovforslag*, s.66

⁷⁹ *Ibid.* s.84

Fylkeslegen, som i lovforslaget skal være klageinstans, gis myndighet til å pålegge den aktuelle fylkeskommune å oppfylle kravet om behandling.

Eskeland foreslo også, i § 7-1, at det skulle være mulig å få tilkjent erstatning for økonomiske tap dersom rettighetene etter loven ikke ble oppfylt. Paragrafen pålegger også sykehuseier å gi en økonomisk tilleggskompensasjon for hver dag fristen for behandling var overskredet, en form for dagsbøter.

Lovforslaget ble oversendt Sosialdepartementet i 1991 som sendte forslaget ut på høring i april 1992, da supplert med en vurdering av hva en gjennomføring av denne loven ville føre til av administrative og økonomiske kostnader.

Det var stor uenighet blant de ulike høringsinstansene. På den ene siden var Helsedirektoratet, fylkeslegene og brukerorganisasjoner i hovedsak for å lovfeste rett til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Kommunenes sentralforbund, de fleste fylkeskommuner og en god del kommuner var på sin side imot en slik rettighetsfesting. De sistnevnte var også negative til saksbehandlingsreglene, tidsfrister og eventuelle krav om erstatning. Begrunnelsen deres var at dette ville medføre at en del av de ressurser, både økonomiske og personellmessige, som ellers ville gå til pasientbehandling nå ville gå til administrasjon og klagebehandling. Det var derimot stor enighet om at sykdommens alvorlighetsgrad som eneste betingelse for å oppnå rett til behandling ikke var tilfredsstillende. Det måtte også settes opp krav til effekt av behandlingen og hvor mye det i det enkelte tilfelle ville medføre av ressursbruk.⁸⁰

⁸⁰ Aslak Syse, *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2.utgave, Oslo 2004, s.44

4.3.4 St. melding 50 for 1993-94 og Innst. S. nr 165 for 1994-95

Sosialdepartementet var, på linje med mange av høringsinstansene, av den oppfatning at lovutkastet inneholdt mange svakheter.

De så det som problematisk at sykdommens alvorlighetsgrad skulle være eneste kriterium for at rettskravet på behandling skulle utløses, uten hensyn til effekt og ressursbruk. De mente også at det var vanskelig å gi klare nok retningslinjer for å skille ut de pasientene som skulle omfattes av behandlingsrett. De var redd dette ville medføre en unødig ressursbruk når det i hvert tilfelle skulle avklares om en pasient hadde en slik rett. De så også at ressurser ville bli bundet opp til å behandle klager der pasienter var misfornøyd med eventuelle avslag på behandlingsrett.⁸¹ På begynnelsen av 1990-tallet sto også det kommunale selvstyre sterkt noe som talte imot en overstyring av hvordan fylkeskommunene drev sine helsetjenester.

Brundtlandregjeringen ga likevel uttrykk for at man ønsket å lovfeste en rett til spesialisthelsetjenester. Men man ønsket å begrense en slik rettighet til de grenser økonomi, tilgang på personell og utstyr i helsevesenet til enhver tid ville utgjøre.

I Innst. S. nr 165 for 1994-95 sa sosialkomiteen på Stortinget seg enig i at det fremlagte lovforslag ikke var tilfredsstillende. Samtidig uttrykte de at de ikke kunne se at en lovfesting med de ressursbegrensninger regjeringen foreslo ville være en reel rettighetsfesting for pasientene, jfr. innstillingens kapittel 8.2.

4.3.5 Norsk Pasientforenings utkast til Lov om pasientrettigheter

Etter at regjeringen hadde forkastet lovutkastet fra Eskeland, valgte Norsk Pasientforening å utarbeide et eget lovforslag.

⁸¹ *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2004, s.44

De var fornøyd med at departementet i stortingsmeldingen ga uttrykk for at de mente det var viktig å lovfeste pasientrettigheter, men var misfornøyd med de begrensninger departementet ønsket å inkorporere i en slik lov.⁸²

Med sitt lovforslag håpet pasientforeningen å påvirke Sosial- og helsedepartement og Storting i retning av en tilfredsstillende rettighetsfesting.

Men, samtidig som de mente at helsevesenet bør styres av rettsregler i større utstrekning enn det på den tiden var, innrømmer de også begrensningene for slike regler. Mye vil fortsatt måtte avgjøres av kvalifisert helsepersonell i de enkelte tilfeller.⁸³

Når det gjelder rett til behandling i sykehus nevnes ikke dette spesielt, de har kun en generell formulering i § 2-2 litra b som sier at ”En pasient har rett til nødvendig helsehjelp.”

De utdyper dette nærmere med å sammenholde kommunehelsetjenestelovens § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp på kommunalt plan og sykehuslovens mangel på lignende forpliktelse for fylkeskommunen og sykehusene. De ønsket her en endring i sykehusloven for å få en lignende forpliktelse som i kommunehelsetjenesten.⁸⁴

4.3.6 NOU 1997: 18 Prioritering på ny

I 1996 oppnevnte Helse- og sosialdepartementet et nytt utvalg som fikk tilnavnet ”Lønning II-utvalget”, etter lederen for både dette og prioriteringsutvalget fra 1980-tallet, Inge Lønning.

Man hadde de siste årene hadde sett en ”rivende teknologisk utvikling” når det gjaldt nye metoder for å diagnostisere og behandle sykdom. I tillegg så man en økning i pasientgruppen som følge av at andelen eldre og kronisk syke økte. Dette satte et økt press på helsevesenet i forhold til tjenesteytelser, uten at man var i stand

⁸² *Utkast til lov om pasientrettigheter*, utarbeidet av et utvalg nedsatt av Norsk Pasientforening, Oslo 1995, s.1

⁸³ I.c.

⁸⁴ Ibid. s.12

til å øke tilførselen av økonomiske ressurser i samme tempo. Man var i sterkere grad avhengig av å prioritere hvem om skulle få behandling først og hvem som måtte finne seg i å vente.⁸⁵ Dette til tross for at overføringene til helsevesenet hadde økt med 15 % i forhold til realveksten i samfunnet siden forrige utredning.⁸⁶ Departementet ba utvalget se på hvor grensene for hvilke oppgaver det offentlige skulle ta på seg skulle gå, dvs. hvilke oppgaver som kunne prioriteres bort.⁸⁷

I en senere publikasjon har Marit Halvorsen vært inne på akkurat dette. Som hun sier er det ingenting i veien for at det offentlige kan velge bort diagnoser i forhold til hva som skal prioriteres i det norske helsevesen, men at dette må klargjøres. For å sikre en nasjonal forutsigbarhet og likebehandling vil en slik bestemmelse om å ikke prioritere gitte diagnoser måtte fastsettes sentralt. I tillegg må en slik bortprioritering fremkomme av samme regelsystem som den for prioriterte diagnoser, det være seg om dette er i form av en ventelisteforskrift eller i lovs form.⁸⁸

Erfaringene med den gjeldende ventelisteforskriften var så langt tvetydige. Man så store fordeler ved at forskriften skapte åpenhet for befolkningen når det gjaldt hvordan helsevesenet prioriterte. Man så også at de fleste som ble gitt garanti var behandlet innen 6 måneder.

Samtidig påpekte utvalget at datidens garantiordninger hadde flere svakheter. Det var ikke alltid samsvar i alvorlighetsgraden mellom ulike diagnoser som ble omfattet av garantien. I tillegg var det til dels store forskjeller i hvor mange som ble omfattet av garantiordningen og hvorvidt denne garantien ble oppfylt, avhengig av hvilket fylke man bodde i.⁸⁹

⁸⁵ NOU 1997: 18, *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*, s.9

⁸⁶ Ibid. s.13

⁸⁷ Ibid. s.9

⁸⁸ Marit Halvorsen, "Nødvendig helsehjelp" som redskap for prioriteringer, Lov og rett 2004 s.143-156, s.6

⁸⁹ NOU 1997: 18, s.59

Man var også i tvil om denne forskriften var juridisk bindende. I 1997 ble det fremmet sak for namsretten i Nord-Troms. Saksøker hadde ikke fått oppfylt sin behandlingsgaranti i hjemfylket innen 6 måneder og ønsket derfor behandling ved et annet sykehuset. Namsretten avsa en kjennelse der de konkluderte med at det ikke forelå et slikt rettskrav etter gjeldende ordning. Som følge av at pasienten like etter fikk tilbud om behandling ble saken ikke påkjært.⁹⁰

Utvalget legger denne gangen opp til fire ulike prioriteringsnivåer, der nivå 1 og 2 betegnes som ”Grunnleggende og utfyllende helsetjenester”, tjenester som bør prioriteres og innfris. I første gruppe er de som skal ha hjelp med en gang, i gruppe 2 de som kan vente noe før behandling gis.

Det legges i tillegg opp til tre kriterier som alle skal vurderes før pasienten skal komme i denne prioriteringsgruppen; Sykdommen må være av en alvorlig art, man må kunne forventet nytte av behandlingen og kostnad må stå i et rimelig forhold til nytten av behandlingen.⁹¹ Dersom alle kriteriene var oppfylt skulle det medføre at pasienten hadde krav på behandling, dersom denne modellen ble innført.

På spørsmål om dette skal rettighetsfestes for den enkelte borger i forhold til spesialisthelsetjenesten er utvalget heller tvilende. De mener at selv om kriteriene for prioriteringsgruppe 1 og 2 er gode, er det vanskelig å gjøre dem tilstrekkelig presise til at en slik rettighetsbestemmelse skulle kunne ivaretas på en tilfredsstillende måte.⁹² I tillegg mente man at helsevesenet allerede tok tilfredsstillende hånd om disse pasientene.⁹³

Når det gjaldt spørsmålet om å utvide ventetidsgarantien til å bli en bindende behandlingsgaranti delte utvalget seg. Flertallet mente at det var for vanskelig å sette klare grenser for hvilke diagnoser som tilhørte hvilken gruppe og at en mer

⁹⁰ NOU 1997: 18, s.122

⁹¹ Ibid. s.106

⁹² Ibid. s.120

⁹³ Ibid. s.119

eller mindre tilfeldig valgt tidsfrist, for eksempel 60 dager, var for generell.

Mindretallet mente derimot at en rettighetsfestet behandlingsgaranti var nødvendig for å få gjennomført en slik prioritering etter sin hensikt.⁹⁴

4.3.7 Høringsnotat: Lov om pasientrettigheter, 22.08.1997

I august 1997 sendte Sosial- og helsedepartementet ut et høringsnotat med tanke på opprettelse av en egen lov om pasientrettigheter. I dette notatet poengteres behovet for en lov med rettighetsfesting for brukere av helsevesenet. Dette fordi mange pasienter opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om sine rettigheter og fordi en slik lovfesting ville medføre en redusert fare for vilkårlighet og ubegrunnet forskjellsbehandling.⁹⁵

Lovens formål skulle være å sikre 4 grunnleggende verdier i helsevesenet: rettssikkerhet, forutberegnelighet, likhet og rettferdighet, dette blant annet for å sørge for tillit mellom den enkelte pasient og helsetjenesten og likeverdighet i tilbudet. (Del II, avsnitt 1.1)

I høringsnotatets del II, avsnitt 2.1.5, la departementet frem to alternativ når det gjaldt retten til behandling i sykehus. Det ene forslaget var knyttet opp mot ventetidsgarantien. Manglende oppfyllelse av denne skulle utløse et rettskrav på behandling, på privat eller offentlig sykehus, i eller utenfor fylket. Var det ikke kapasitet i Norge ville pasienten ha krav på å få dekket utgifter til behandling i utlandet. Hjemfylket til pasienten var da ansvarlig for å dekke dette. Når det gjaldt definisjonen på nødvendig helsehjelp skulle dette knyttes opp mot de tilstander ”Lønning II-utvalget” plasserte i gruppe 1 og 2 i sin utredning.

⁹⁴ NOU 1997: 18, s.122

⁹⁵ Høringsnotat: Lov om pasientrettigheter, Helse- og omsorgsdepartementet (online), tilgang: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Ryddemappe/hod/norsk/dok/andre_dok/hoeringsnotater/Horingsnotat-Lov-om-pasientrettigheter15.html?id=410308 , (Sisert 16.04.07)

Det andre alternativet knyttes ikke opp mot en ventetidsgaranti, men gir heller en generell rett til helsetjenester i spesialisthelsetjenesten, uten noen faste diagnoser som utløsende faktor. Dette i likhet med regelen i kommunehelsetjenestelovens § 2-1. Her vil det være en minstestandard, på i samsvar med Høyesteretts uttalelser i ”Fusa-dommen”.

Det ble satt opp en nærmere avgrensning om hva som skulle til før en behandlingsrett ble utløst. Sykdommens alvorlighetsgrad ville bli avgjørende, ikke nødvendigvis diagnosen, selv om diagnosen selvfølgelig er viktig i en slik alvorlighetsvurdering.

Alternativ to skulle ikke utløse noen rett til å få dekket behandling utenlands.

4.3.8 Ot prp nr 12 1998-99

Syv år etter at Ståle Eskeland hadde lagt frem det første lovutkastet til en pasientrettighetslov, var Sosial- og helsedepartementet klare til å sende fra seg et lovforslag til Stortinget.

Man hadde i 9 år hatt en ventetidsgaranti og erfaringen med denne var fortsatt ikke entydig. Ved årsskiftet 1996/97 var det rundt 300.000 på venteliste på landsbasis, av disse var i underkant av 120.000 tildelt behandlingsgaranti samtidig som rundt 20.000 av disse hadde opplevd et garantibrudd, jfr. figur 5.3 i NOU 1997: 18.

Dette var redusert til i underkant av 12.000 pr 31.august 1998. Likevel var det en økende mistillit til ventetidsgarantien i den norske befolkning.⁹⁶

Det viste seg også at det fortsatt var en forskjellsbehandling avhengig av hvor i landet man bodde. Det var stor variasjon på både fylkes- og regionsnivå i hvor stor andel av nyhenviste pasienter i spesialisthelsetjenesten som, etter å ha blitt undersøkt, ble tildelt en behandlingsgaranti. Dette kunne ikke forklares ut ifra en ulik sykkelighet rundt om i landet. De geografiske forskjellene måtte forstås som et

⁹⁶ Ot prp nr 12 1998-99, Lov om pasientrettigheter, s.41

tegn på at det var store variasjoner mellom hvilke kriterier som ble lagt til grunn for tildeling behandlingssgaranti.⁹⁷

Departementet var ikke inntilt på å foreslå en fastsatt behandlingstid på 3 eller 6 måneder. Man var redd dette kunne medføre at sykehus valgte å behandle pasienter der utløpsfristen nærmet seg fremfor å behandle pasienter med alvorligere lidelser, der fristen for å innfri garantien lå lengre unna i tid.⁹⁸

Som nevnt i forrige kapittel hadde man i høringsnotatet lagt frem to alternativer til lovfestet rett til behandling. Et som lovfestet behandlingsrett og en tidsfrist, dvs. en lovfesting av ventetidssgarantien. Det andre alternativet ville sette opp en minstestandard på linje med det som var gjeldende rett i kommunehelsetjenesten, etter oppsatte retningslinjer i lovteksten.

De fleste høringsinstanser gikk inn for alternativ to. Også blant de instanser som ikke kunne bestemme seg for et av de to lovforslagene var det et flertall som ønsket seg innslag av alternativ to, men de ville i tillegg ha inn en tidsfrist.⁹⁹

Departementet valgte likevel å ikke lovfeste behandlingsretten, til tross for de fordeler de mener dette ville medføre. Hovedargumentet var det tilbakevendende problemet med mangel på klare kriterier og avgrensninger av prioriteringsgruppene.¹⁰⁰ Proposisjonen slo ubetinget fast om at dette kun var rett til øyeblikkelig hjelp som var lovfestet, gjennom sykehusloven, og som ga den enkelte borger et rettskrav på behandling.¹⁰¹

I lovforslagets kapittel 2, som omhandler rett til helsehjelp, er det derfor ikke forutsatt rett til behandling, kun rett til vurdering, fornyet vurdering og fritt sykehusvalg, jfr. §§ 2-1, 2-2 og 2-3. Man ønsket med andre ord å styrke retten til

⁹⁷ Ot prp nr 12 1998-99, s.41-42

⁹⁸ Ibid. s.42

⁹⁹ Ibid. s.56-57

¹⁰⁰ Ibid. s.61

¹⁰¹ Ibid. s.21

vurdering med en forventning om at dette ville sikre bedret evne til prioritering etter prioriteringsforskriften av 1997.

4.3.9 Innst. O. nr 91 (1998-99)

Lovforslaget ble mottatt til behandling i sosialkomiteen. Her kom det klare uttalelser mot den manglende rettighetsfestingen av behandling i spesialisthelsetjenesten. De viser til at det fra Stortinget også tidligere har vært påpekt et behov for en lovfestet rett til behandling også her, jfr. for eksempel Innst. S. nr 165 for 1994-95. Det er enighet over partigrensene i komiteen om at en slik rettighet må lovfestes i den nye pasientrettighetsloven.¹⁰²

Ingen av representantene kunne se at argumentene departementet hadde tatt opp, som talte mot en slik rettighetsfesting var sterke nok. Komiteen innrømmer at pasienter med de mest presise diagnosene muligens fortsatt vil stille sterkest når det gjelder å få nødvendige spesialisthelsetjenester, men samtidig kunne de ikke se at det var sannsynliggjort at de gruppene som var underprioritert ville komme dårligere ut selv om rett til behandling ble lovfestet.¹⁰³

I tillegg poengteres behovet for å få en større sammenheng i helselovgivningen ved å sikre rettigheter innen spesialisthelsetjenesten på linje med de rettigheter man hadde innen kommunehelsetjenesten.

Det var også enighet om at denne hjelpen skulle ytes innen en tidsfrist. Men i motsetning til slik det hadde vært etter ventetidsgarantien, ønsket man ikke at det skulle settes en fast grense. Sosialkomiteen ville at det skulle settes en individuell frist knyttet til en forsvarlig vurdering av den enkelte pasient og hans helsetilstand.¹⁰⁴

¹⁰² Innst. O. nr 91 (1998-99), s.17

¹⁰³ Ibid. s.18

¹⁰⁴ Ibid. s.17-18

Et flertall i komiteen ønsket derfor en paragraf 2-1, 2.ledd som skulle lyde;
”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.”

I paragrafens 3.ledd stilles skulle stille krav til forventet nytte av behandlingen og en sammenheng mellom nytte og kostnad. Forøvrig overlater flertallet til Kongen, dvs. regjeringen ved Helse- og sosialdepartementet, i forskrifts form å avgjøre hvilke tjenester som skulle omfattes av begrepet ”nødvendig helsehjelp”, jfr. § 2-1, 5.ledd.

I paragrafens 4.ledd begrenses rettigheten kraftig, her sies det nemlig at retten til behandling skal gis ”innen de grenser som kapasiteten setter.”

Representantene fra Høyre og Fremskrittspartiet kunne ikke stille seg bak forslaget om å la kapasitetsmangler begrense rettigheten til sykehusbehandling. De mente at dette bare ville videreføre usikkerheten blant potensielle brukere av spesialisthelsetjenester om de til enhver tid hadde rett på behandling eller ikke. De ønsket derfor denne begrensningen fjernet. I tillegg ønsket de ikke at en tidsfrist for behandling skulle settes i forskrift slik flertallet ønsket, men at det heller skulle lovfestes en rett til ”en individuelt fastsatt medisinsk frist”.¹⁰⁵

Angående begrensningen i kapasitet skulle ikke dette gjelde kun ved pasientens lokalsykehus eller innen pasientens hjemfylke. ”Innen de grenser kapasiteten setter” viser tilbake til ”offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket”, jfr. § 2-1 4.ledd. Det er altså, som presisert i den senere forskriften; ”kapasiteten i den samlede spesialisthelsetjenesten i Norge som er avgjørende.”¹⁰⁶

Komiteen understreket også viktigheten av klagemuligheter dersom en rettighet ikke innfris. Som jeg tidligere har påpekt er dette av stor viktighet for å avgjøre om man har å gjøre med en reell rettighet.¹⁰⁷ Det påpekes videre i innstillingen at retten

¹⁰⁵ Innst. O. nr 91 (1998-99), s.21

¹⁰⁶ Rundskriv I-60/2000, Lov om pasientrettigheter, Sosial og helsedepartementet, s.19

¹⁰⁷ Innst. O. nr 91 (1998-99), s.29

til helsehjelp er like egnet for eventuelle domsstolsavgjørelser som andre rettigheter.¹⁰⁸ Dette er med på å styrke klageadgangen.

Flertallsforslaget fra sosialkomiteen ble lagt til grunn og ble vedtatt i Odelstinget 10.juni 1999¹⁰⁹, vedtatt i Lagtinget 15.juni, før det går videre og sanksjoneres i Statsråd 2.juli. Loven gjøres gjeldende fra 1.januar 2001

4.4 Etterarbeider

Norge hadde nå en pasientrettighetslov der retten til behandling i sykehus i utgangspunktet var sikret, men den var, etter manges mening, sterkt begrenset. Aslak Syse er av den oppfatning at når man kan avvise en rett til behandling grunnet manglende ressurser ” (...)synes det derfor klart at det ikke foreligger en ubetinget rettighet eller et såkalt ”rettskrav” i juridisk forstand,(...)”¹¹⁰ Av samme grunn karakteriserte Asbjørn Kjønsdal § 2-1 som en papirbestemmelse.¹¹¹ Dersom det ikke fantes plass eller penger til en gitt behandling ved noen av de offentlig finansierte sykehus i landet, eller ved private sykehus med samarbeidsavtale med det offentlige, hadde man ikke et rettskrav på behandling.

Sosial- og helsedepartementet utarbeidet, med hjemmel i pasientrettighetslovens § 1-2 første ledd og 2-1 femte ledd, et forslag til prioriteringsforskrift og sendte den ut på høring i november 1999.

Stortinget er i utgangspunktet ikke en høringsinstans for slike forskrifter, men i Stortinget 10.februar 2000, fremmet stortingsrepresentant Annelise Høegh fra Høyre en interpellasjon for å uttrykke sin bekymring.

Bekymringen skyldtes at man i forskriftsutkastet hadde foreslått å innføre en behandlingsfrist på 3 måneder og at retten til helsehjelp skulle omfatte gruppe 1 og

¹⁰⁸ Innst. O. nr 91 (1998-99), s.19

¹⁰⁹ Besl. O. nr. 91 (1998-1999)

¹¹⁰ *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2001, s.134

¹¹¹ A. Syse, R. Førde og O.H. Førde (red), *Medisinske feil*, Oslo 2000, s.73

2 i Lønning II-utvalgets utredning. Dette ville, ifølge Høegh, kun medføre en videreføring av kriteriene fra den tidligere ventetidsgarantien og det var nettopp dette sosialkomiteens medlemmer ønsket å komme bort fra og over til en individuell frist og vurdering.¹¹² Dette støttes av flere representanter og over partigrensene.

I tillegg kritiseres også det faktum at forskriften ikke tar hensyn til at flertallet i sosialkomiteen ønsket at man måtte se på om at også noen pasienter fra prioriteringsgruppe 3 fra Lønning II-utvalgets utredning skulle omfattes av "rett til nødvendig helsehjelp".

Storingsrepresentantene som inntok talerstolen i denne saken konkluderte med at man fryktet at dersom forskriften blir som utkastet ville man kun få en rettighetsfesting av ventetidsgarantien og ikke en bedret rett for pasientene, slik Stortinget ønsket. Høybråten på sin side lover å ta med seg innspillene fra Stortinget i det videre arbeide med prioriteringsforskriften.

Det er for øvrig viktig å påpeke at også de pasientene som tilhører en lavere prioriteringsgruppe enn de som omfattes av begrepet "rett til nødvendig helsehjelp" fortsatt skulle ha et behandlingstilbud, men at de skulle "prioriteres etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp."¹¹³

4.5 Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp

Omtrent et år etter at forslag til prioriteringsforskrift ble sendt ut på høring sendte Sosial- og helsedepartementet, i desember 2000, ut sin forskrift med merknader. Her ble det gitt veiledende tolkning av § 2-1, andre til fjerde ledd.

¹¹² Møtoreferat fra Stortinget, Sak nr.2, 10.februar 2000, s.2

¹¹³ IS-12/2004, Sosial- og helsedirektoratet, s.53

Det var denne forskriften som videre skulle legges til grunn for forståelse og anvendelse av lovparagrafen om rett til behandling fra spesialisthelsetjenesten. For, som Annelise Høeg sa i Stortinget 10.februar 2000; lovteksten var såpass generell i sin definisjon av bestemmelsen om rett til ”nødvendig helsehjelp”.¹¹⁴

Det er derfor, spesielt med tanke på debatten i Stortinget i februar, interessant å se hvor lite forskriften på en del områder skilte seg fra den tidligere ventetidsgarantien.

Den varslede 3-månedersfristen var vel og merke fjernet og erstattet av en forsvarlighetsfrist. Det skulle med andre ord settes en individuell frist, basert på en helhetsvurdering av pasientens helsetilstand, i hvert tilfelle.¹¹⁵

Pasientrettighetslovens § 2-2 fastslår at når pasienten var ferdig undersøkt av spesialisthelsetjenesten skulle vedkommende umiddelbart få informasjon om når behandling forventes startet. I paragrafen sies at det skal gis informasjon; ”(...) om når behandling forventes å bli gitt”, altså ikke fristen for behandlingsoppstart, jfr. den tidligere nevnte forsvarlighetsfristen.

I prioriteringsforskriftens § 2 defineres gruppen av pasienter som har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, dette blir nærmere utdypet i merknadene til forskriften. Forskriften stilte opp tre kumulative vilkår for at en behandlingsrett skulle utløses:

§ 2, 1.ledd:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetslovens § 2-1 annet ledd når:

¹¹⁴ Møtoreferat fra Stortinget, Sak nr.2, 10.februar 2000, s.6

¹¹⁵ Rundskriv I-60/2000, s.53

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller, ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnader står i et rimelig forhold til tiltakets effekt

Videre i § 2 utdypes hva som legges i de tre vilkårene. Her sier punkt 1 at det ikke bare er pasientens nåværende helsetilstand som skal legges til grunn, men også hvordan utviklingen vil bli om tiltak ikke settes i verk.

For å komme med et praktisk eksempel fra min egen yrkeserfaring kan en pasient med feil på klaffesystemet i hjertet på et gitt tidspunkt være relativt velfungerende, mens erfaringene kanskje tyder på at den aktuelle lidelse medfører raskt økende hjertesvikt. Da vet at man at man kan forvente et bedre resultat og mindre plager for pasienten om man opererer før pasienten blir dårligere. Ergo har pasienten kanskje et rettskrav allerede nå, selv om de alvorlige symptomene, dersom man lar klaffefeilen være ubehandlet, først vil oppstå på et senere tidspunkt.

Som nevnt er det tre kumulative vilkår som må oppfylles før behandlingsretten utløses, det er ikke tilstrekkelig at kun første vilkår er oppfylt.

I det nevnte eksempel ville nok ikke noen av disse tre vilkår by på problemer. Man vet at man i de aller fleste tilfeller har god effekt av implantasjon av nye klaffer og en slik operasjon vil sjelden defineres som uforholdmessig dyr.

Likevel må man alltid ha en helhetsvurdering av pasientens helsetilstand. Det kan være andre ting ved tilstanden til den enkelte pasient som taler imot behandling.

Som merknadene til forskriften også påpeker: "Pasientens diagnose er i og for seg uten betydning. Innenfor samme diagnose vil noen pasienter ha rett til nødvendig helsehjelp og andre ikke."¹¹⁶

Det er videre interessant å se at departementet fastslår i merknader til forskriftens § 2 at det er snakk om en effektuering av Lønning II-utvalgets forslag til prioriteringsgruppe I og II. Gruppe III nevnes altså ikke i det hele tatt, uten at noen

¹¹⁶ Rundskriv I-60/2000, s.52

begrunnelse gis, til tross for at dette har blitt tatt opp fra Stortinget både i sosialkomiteen¹¹⁷ og under interpellasjonen i Stortinget 10.februar 2000.

Når det gjelder krav til sykdommens alvorlighet er dette myket opp noe i forhold til ventetidsgarantien. Både i garantien og i høringsutkastet til denne forskriften var det stilt opp et krav om ”klart påregnelig og betydelig tap av livslengde eller livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes”. I forskriften er dette endret til ”et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller, ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.”

Det kan nok diskuteres om dette ikke var en lovfesting av den gjeldende ventetidsgarantien, med visse modifikasjoner, mer enn en lovfesting av nye rettigheter. Årsaken ligger i en kombinasjon av vage formuleringer i lovteksten og en frykt for å love for mye fra departementets side, da dette kunne føre til et behov for økte bevilgninger på helsebudsjettet.

Departementet ble også gitt myndighet til å avgjøre hvem som skulle ha rett til hjelp fra spesialisthelsetjenesten. I kommunehelsetjenesteloven står det i § 2-1, første ledd; ”Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.”

Etter prioriteringsforskriften for spesialisthelsetjenesten heter det at denne retten er forbeholdt ”personer som enten har fast bopel eller oppholdssted i riket, er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat.” Personkretsen er altså noe mindre etter pasientrettighetsloven.

Asylsøkere og turister vil for eksempel ikke ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Men tjenester fra kommunehelsetjenesten, som for eksempel hjemmesykepleie, har man krav på selv om man oppholder seg midlertidig i landet.

Retten til øyeblikkelig hjelp holdes naturlig nok utenfor. Den både er og har vært ubetinget i forhold til personkrets.

¹¹⁷ Innst. O. nr. 91 (1998-1999), s.19

4.6 Etterfølgende lovendring

I 2001 var det Stortingsvalg i Norge og et av de sentrale temaer i valgkampen var helsevesenet. Den nye regjeringen hadde kommet med klare løfter om bedret rettssikkerhet for pasienter, noe de fulgte opp i Sem-erklæringen. I denne fastslås at det skal lovfestes en rett til behandling ”innen individuelle frister” for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Denne rettigheten skulle ikke kunne begrenses av mangel på ressurser.¹¹⁸

Dette var ingen ny tanke, vi har allerede sett at dette var oppe som forslag fra Høyre og FrP’s medlemmer i sosialkomiteen under behandling av utkast til pasientrettighetslov.¹¹⁹ I tillegg hadde stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik fremmet et endringsforslag angående pasientrettighetsloven for Stortinget, med ønske om individuell frist og rett til behandling i utlandet om fristen ikke overholdes.¹²⁰

For å gjennomføre løftene i Sem-erklæringen ble det utarbeidet et høringsnotat med forslag til endringer i pasientrettighetsloven, deriblant også en endring av § 2-1.

Endringen ville medføre at dersom den ansvarlige helseregion ikke var i stand til å fremskaffe behandling innen fristens utløp, skulle pasienten ha en ubetinget rett til å få behandling. Dette skulle skje uten opphold, ved en annen institusjon i landet, om nødvendig ved et privat behandlingssted eventuelt et behandlingssted i utlandet.¹²¹

Man fjernet altså helsevesenets mulighet for å fraskrive seg ansvar grunnet ressursmangel.

Når det gjaldt hva som utløste ”rett til nødvendig helsehjelp” ble gjeldende rett videreført. Kriteriene i det nye lovutkastet baserte seg på den tidligere prioriteringsforskriften, Rundskriv I-60/2000, men nå skulle det inn i lovteksten.

¹¹⁸ Ot.prp. nr.63 (2002-2003), s.8

¹¹⁹ Innst. O. nr 91 (1998-99), s.20

¹²⁰ Dok.nr.8:24 (2001-2002), Stortinget

¹²¹ Ot.prp. nr.63 (2002-2003), s.64

Dette for å gi et bedre rettsvern for bestemmelsen og også for å gjøre bestemmelsen mer tilgjengelig for brukerne av helsevesenet.¹²²

Nytt var også at når spesialisthelsetjenesten hadde fastslått at pasienten hadde rett til behandling skulle han få oppgitt en dato for når behandling senest skulle være iverksatt, jfr. § 2-1, andre ledd. Tidligere hadde man kun lovfestet rett til å få vite når man forventet at behandlingen *ville* bli gitt. Jfr. pasientrettighetsloven av 1999, § 2-2. Departementet mente at dette ville gjøre det enklere for pasienten å kreve sin rett når behandlingsfristen eventuelt var utløpt. At man tidligere ikke fikk oppgitt den eksakte datoen for fristen vanskeliggjorde pasientens mulighet for å påpeke rettighetsbrudd.

Den gitte behandlingsfristen skulle ikke kunne endres selv om det på et senere tidspunkt skulle vise seg at pasienten kunne ha ventet lenger uten at det ville gått på bekostning av forsvarlighetskravet. Skulle det derimot oppstå endringer i helsetilstanden som tilsier at behandling bør skje *før* den opprinnelige fristen, er sykehuset pliktig å forholde seg til dette og fremskynde fristen for behandling.¹²³

Høringsinstansene var stort sett samstemte i sin tilslutning til denne endringen, men det kommer også fra mange instanser inn en misnøye med praktiseringen av prioriteringsforskriften, som nå skulle bli videreført i ny lovtekst. Man mente at den var for upresis og fortsatt kunne man vise til store regionale forskjeller i hvor stor andel av nye pasienter som ble innvilget rett til nødvendig helsehjelp.¹²⁴

Departementet uttaler derfor: ”Det er viktig å bedre etterlevelse av prioriteringsforskriften ved en utvikling av faglig konsensus og en felles prioriteringskultur.”¹²⁵

¹²² Ot.prp. nr.63 (2002-2003), s.26

¹²³ Ot.prp. nr.63 (2002-2003), s.38 og IS-12/2004, s.12

¹²⁴ Ot.prp. nr.63 (2002-2003), s.29

¹²⁵ Ibid. s.36

Forslag til endring gikk uendret gjennom i sosialkomiteen¹²⁶ og ble vedtatt i Stortinget.

Lovendringen trådte i kraft 1.januar 2004.

4.7 Klageordningen og erfaringer med denne

En av intensjonene den gang pasientrettighetsloven ble vedtatt i 1999 var å styrke den enkelte pasients stilling i forhold til et såpass stort organ som helsevesenet.¹²⁷ Dette skulle også omfatte muligheten til å påklage vedtak fra helsevesenets side, derfor ønsket man å gjøre det lettere å påklage slike vedtak.

Avslag på behandling anses i utgangspunktet som et forvaltningsvedtak og sånn sett gjelder forvaltningslovens regler for klager og klagebehandling også for klager etter pasientrettighetsloven, pasrl. § 7-6. Men for å forenkle klageprosessen inneholder pasientrettighetsloven også noen egne klageregler.

Dersom en pasient, eller den som representerer pasienten mener at det foreligger et brudd på retten til behandling skal han eller hun først kontakte den instans som har avslått behandlingen, jfr. pasrl. § 7-1. Dersom behandling igjen avslås, eller den som yter behandling mener retten er oppfylt, kan det klages til en klagenemnd, oppnevnt av departementet, pasrl. § 7-2, 2.ledd.

Denne regelen skiller seg fra klagereglene i forvaltningsloven, der det i § 32 heter at klagen skal fremsettes for det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket. Dette er ikke gjort av hensyn til pasienten, men av hensyn til helsevesenet, man ønsket ikke at sykehusene skulle pålegges for store byråkratiske byrder.¹²⁸

Det kan klages både over saksbehandling og utøvet skjønn.¹²⁹

¹²⁶ Innst. O nr.23 (2003-2004)

¹²⁷ Innst. O. nr 91 (1998-99), s.17

¹²⁸ *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2004, s.169

¹²⁹ Ot.prp. nr.63 (2002-2003), s.54

Så må man se på om denne klagemuligheten benyttes.

I mange tilfeller har vi å gjøre med mennesker som er svekket av sykdom, de står i et avhengighetsforhold til dem de skal klage på og er kanskje redd for at en eventuell klage skal bli en belastning i forholdet til helsevesenet senere. Mange av pasientene er såkalte kronikere og har et stadig tilbakevendende behov for sykehushjelp, det være seg innleggelse eller poliklinisk. Alle andre pasienter står også i fare for å ha behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten på et senere tidspunkt. Selv om det er fritt sykehusvalg i Norge er ikke dette alltid et alternativ for den enkelte. Dette kan skyldes lange reiseveier til et alternativt sykehus, både for pasienten når han skal innlegges eller for pårørende å besøke. Skulle det oppstå et behov for øyeblikkelig hjelp blir man alltid fraktet til det nærmeste sykehus med et forvarlig tilbud.

Dette vil kunne være medvirkende årsaker til at man ikke ønsker ”å komme på kant med” sitt lokale sykehus gjennom å påklage et vedtak, men heller akseptere de vedtak som blir gjort.

Erfaringene så langt viser også at helsetilsynet i fylkene har mottatt relativt få klager i forhold til pasrl. § 2-1, annet ledd. Her er en oversikt for årene 2002-2006, tall innhentet fra Helsetilsynets tilsynsmeldinger de siste årene:

	2002	2003	2004	2005	2006
Antall klager	37	29	72	134	163
Antall saker der klageren har fått medhold	11	9	20	46	87

Det er to ting som er verdt å legge merke til i denne tabellen. Det første er den relativt kraftige økningen i klagesaker i 2004 og enda mer i årene som fulgte. En stor årsak her er nok lovendringen som trådte i kraft 1.september 2004. Etter det kunne ikke lengre helsevesenet skyldes på manglende ressurser ved brudd på behandlingsretten.

Det som er enda mer slående er at det er veldig få klagesaker i forhold til antallet pasienter som behandles i sykehus. I 2002 ble det registrert 1 308 852 dag- og døgnopphold i spesialisthelsetjenesten her i landet, året etter var tallet 1 368 720.¹³⁰ I tillegg til dette kommer pasienter behandlet ved poliklinikker.

Spørsmålet blir da om det kun er et minimalt antall som ikke får oppfylt sitt behov for nødvendig helsehjelp eller om klageordningen i lovverket ikke fungerer etter sin hensikt.

Helsetilsynet uttrykte sin bekymring i 2002:

”Antallet klager i forhold til helsetjenestenes omfang er så lite at det er grunn til å anta at pasientrettighetsloven ikke fungerer etter intensjonen.”¹³¹

Etter hva jeg har klart å komme frem til har det heller ikke så langt vært noen rettsavgjørelse av saker fremmet for domsstolene grunnet manglende oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp.

¹³⁰ Rapport 1/06, *Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005*, SINTEF helse, Trondheim 2006

¹³¹ Helsetilsynets tilsynsmelding, 2002, s.34

4.8 Hvordan loven etterleves og oppfattes

4.8.1 Regionale forskjeller

I innstillingen fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter heter det:

”Det er grunnleggende at hele befolkningen sikres lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet.”¹³²

Som nevnt viste seg å ikke ha vært tilfelle etter ventelistegarantien. Nå viser det seg også å være store regionale forskjeller etter pasientrettighetslovens regleverk

Om man tar utgangspunkt i avviklede henvisninger for innleggelse viser det seg at i Helseregion Midt-Norge er andelen som kategoriseres som pasienter med rett til nødvendig helsehjelp godt over landsgjennomsnittet. I andre enden av skalaen ligger Helseregion Sør. Dette har vært en trend helt siden loven trådte i kraft. Rundt årsskiftet 2005/2006, var andelen på landsbasis rundt 75 %, i Helse Midt-Norge i overkant av 90 %, mens den i Helse Sør lå på i underkant av 65 %.¹³³

Disse forskjellene er, som tidligere, såpass store at det ikke kan tilskrives at befolkningen har forskjellige behov for helsetjenester utfra hvor i landet de bor, men at retningslinjene for hvem som tildeles en rett til behandling tolkes forskjellig i de ulike regionene.

Men, når det er sagt, er det også interessant å se at forskjellen i ventetid på dem som får tildelt en rett til nødvendig hjelp og dem som blir satt på ”vanlig” venteliste er minimal. I første tertial 2006 hadde de med rett til nødvendig helsehjelp 20 dager mindre ventetid enn de uten når det gjaldt innleggelse på sykehus.

¹³² Innst. O. nr. 91 (1998-99), s.13

¹³³ *Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005*, s.74-77

Når det gjaldt dagbehandling, dvs. behandling uten overnatting i sykehus, viste tallene for 2004 og 2005 at ”rettighetspasienter” hadde *lengre* ventetid enn andre.¹³⁴

4.8.2 Erfaringer fra Rikshospitalet

Innen de enkelte avdelinger ved sykehusene er det pasientkoordinatorer som sender ut innkallingsbrev til pasienter og har oversikt over pasientstrømmen inn til de ulike avdelingene. Av den grunn kontaktet jeg koordinatorene på Rikshospitalet for å høre deres erfaringer med pasientrettighetsloven, om den hadde ført til endring i inntak av pasienter. Dette er ingen vitenskapelig undersøkelse, men kan muligens gi en pekepinn om hvordan lovfestet rett til sykehusbehandling har påvirket rett til behandling i sykehus for den enkelte.

Jeg sendte ut forespørsel til de 15 pasientkoordinatorer jeg fant i telefonkatalogen for Rikshospitalet. Jeg fikk tilbakemelding fra ca. halvparten, dvs. 7 stykker.

De fleste svarte at de ikke syntes det hadde blitt noen endring av inntakspolitikken ved sykehuset. De ga uttrykk for at det ved deres avdelinger allerede før den nye loven trådte i kraft, i 2001, var innarbeidet en tilfredsstillende prioritering som de følte ble videreført i den nye loven. Det de derimot følte var at pasientene selv var mer bevisst de rettigheter de hadde og at de derfor merket en økt pågang fra pasienter i forkant av behandling for å høre om deres rettigheter ble oppfylt og om de snart kunne komme til behandling.

En av koordinatorene påpekte et problem som hadde oppstått ved hennes avdeling. Når prioriteringsforskriften ble lagt til grunn var det en lett økning av pasienter som skulle prioriteres til behandling. Det å overholde de gitte behandlingsfrister bød i utgangspunktet på lite problemer. Men, dette hadde medført at ferdigbehandlede og

¹³⁴ *Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005*, s.73

utskrevne pasienter, som rutinemessig skulle inn til kontroll etter en viss tid, måtte vente lenger på slike kontroller enn hva som var tilfelle tidligere.

Jeg var også i møte med juristene Line Camilla Werner og Sissel Markhus ved avdeling for helsefaglig støtte på Rikshospitalet. Deres erfaringer var at det hadde vært en sterk økning i antall henvendelser etter at reglene om rett til nødvendig helsehjelp trådte i kraft. De hadde ingen klare tall, men anslo at mengden henvendelser hadde blitt omtrent femdoblet som følge av innføringen av pasientrettighetsloven. Det har også vært en økning i antall henvendelser til Helsetilsynet etter at det i 2004 ble innført regler i pasientrettighetsloven om fristfastsettelse.

Erfaringen til Werner og Markhus var så langt at Helsetilsynet i de fleste tilfeller hadde gitt Rikshospitalet medhold i sine avgjørelser.

Et av argumentene mot innføring av individuelle rettigheter den gang pasientrettighetsloven ble utarbeidet var man var redd for at en del ressurser i helsevesenet ville bli bundet opp til å revurdere avgjørelser og eventuelt gi begrunnelser for disse. Dette har altså vist seg å være reelt. Sykehusene bruker mye ressurser på å håndtere disse sakene, først i forhold til anmodninger og klager fra pasienten og senere som en del av saksforberedelsene til klagebehandling hos Helsetilsynet.

4.8.3 Norsk Pasientforenings erfaringer

For å høre hvordan brukerne så på pasientrettighetsloven noen år etter at den trådte i kraft tok jeg kontakt med Norsk Pasientforening.

Generalsekretær Unni Veirød kunne fortelle at når det gjelder antallet pasienter som mottar behandling fra spesialisthelsetjenesten var synet deres at dette ikke har endret seg nevneverdig som følge av loven, men at pasientenes bevissthet rundt sine

rettigheter har økt. Dette synet var sammenfallende med synet fra Rikshospitalets pasientkoordinatorer.

Veirød sa videre at Norsk Pasientforening alltid har arbeidet aktivt for at pasienter skal ha juridiske rettigheter, men at de nå ser en slags rettsliggjøring av norsk helsevesen som er uheldig.

Styreleder i pasientforeningen, Gro Hillestad Thune, tar opp dette i et innlegg i Tidsskrift for Den norske lægeforening.¹³⁵ Her påpeker hun at det økende ”juristeriet” er med på å skade tillitsforholdet mellom pasient og lege. Som et eksempel viser hun til innkallelsesbrevet pasientene mottar fra sykehuset når de kalles inn til innleggelse på sykehuset. I dette heter det:

”Den medisinskfaglige vurderingen tilsier at du har et rettslig krav på nødvendig helsehjelp (Pasientrettighetsloven § 2-1, 2 ledd). Denne rettigheten pålegger oss å sørge for at du får nødvendig hjelp innen følgende frist:”

Thune mener at en slik ordlyd tilsier at helsevesenet ikke tilbyr hjelp fordi du som pasient er syk og at det er helsevesenets oppgave å hjelpe, men at hjelpen tilbys kun fordi reglene sier at vi må. Hun sier videre at dette er med på at pasienten føler seg som en ”motpart” til helsevesenet, i stedet for å føle at de ”spiller på samme lag”.

Jeg nevnte dette for pasientkoordinator ved min avdeling og juristene Werner og Markus. De sa seg helt enige i at ordlyden i innkallingsbrevet var uheldig. Ifølge Werner er standardmalen for brevet utarbeidet i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør. Hun kunne samtidig opplyse at man på Rikshospitalet ser på mulighetene for å utarbeide en standardmal med en annen ordlyd.

¹³⁵ Gro Hillestad Thune, *Det gode menneskelige skjønn er viktigst*, Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr.1 2007 (online), tilgang: http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=1477663, (Sitert 19.04.07)

5 Avslutning

Det er interessant å se hvordan det, både i media og blant store deler av befolkningen, som oftest er snakk om manglende ressurser i sykehusvesenet og derav et manglende behandlingstilbud. Likevel viser all forskning at sykehusbehandlingen kun står for rundt 10 % av den forlengelse av levealder vi har sett opp gjennom tiden.¹³⁶

Resten kan stort sett tilskrives forebyggende, helsefremmende arbeid i alle former. Det er her snakk om mange ulike faktorer, blant annet bedret personlig hygiene, bedre boforhold og bedre arbeidsmiljø samt vaksiner og kostholdsveiledning. Men, det snakkes sjelden om å skulle flytte resurser og penger fra sykehusbudsjettene over til arbeidet for forebyggende medisin.

En annen, og veldig interessant problemstilling i dagens, og ikke minst fremtidens, helsevesen, er hvor langt skal vi gå, skal man for enhver pris behandle alle, uansett alder eller fremtidsutsikter, eller skal vi sette en grense og innse at noen ganger må en person få lov til å dø?

Jeg har selv, både som pårørende og sykepleier, vært i situasjoner der jeg føler at det overbehandles. Det er tilfeller der det grenser til uetisk og uforsvarlig å fortsette behandling. Noen ganger er det kanskje best å innse at en person har fått sine muligheter, nå er det på tide å la vedkommende få en fredelig død i stedet for en forlenget tilværelse i smerte og ubehag.

Men, dette er en vanskelig og ømtålig diskusjon i dagens samfunn. Vi har kommet dit i Norge at helsevesenet har et utrolig godt tilbud og de aller fleste ønsker å benytte seg av dette. Og ettersom teknologien og tilbudet stadig utvikles, har vi, som vi har sett, vært nødt til å sette opp prioriteringer for hvem vi vil behandle først

¹³⁶ H.O. Førde og L. Nordbø Berge; *Samanhengen mellom helsetenester og helsetilstand. Vil ei styrking av pasientane si rettslege stilling betre helsetilstanden i befolkninga?* i Kjønstad og Syse, red.: *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*, Oslo 1992, s.59

og hvem som må finne seg i å vente til de nødvendige ressurser eventuelt skulle bli tilgjengelige. Dette kommer antakelig til å være like viktig, om ikke viktigere, i fremtiden.

Det konkluderes med det samme fra Helsedepartementet i april 2003:

”At pasientens stilling styrkes og at satsingen på mer og bedre helsetjenester fortsetter, betyr imidlertid ikke at alle tilbud som den tekniske og medisinskfaglige utviklingen muliggjør, kan være umiddelbart tilgjengelige for alle som etterspør offentlige helsetjenester. Det er helt nødvendig å foreta en prioritering av hvilke behandlingstilbud det offentlige helsevesen skal sørge for, og hvordan det skal prioriteres mellom de pasientene som faller innenfor den offentlige helsetjenestens ansvar.”¹³⁷

Som jeg har vært inne på flere ganger i denne oppgaven viser det seg jo også at det er relativt store regionale forskjeller når det gjelder tilgang på tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har nå tatt initiativ til å utrede årsaker og muligheten for å utjevne denne forskjellen. I en artikkel på VG's nettside, datert 16.april 2007, kan man lese:

”Helseminister Sylvia Brustad vil ha slutt på forskjellsbehandling av pasienter på grunn av geografi. Brustad har derfor opprettet Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer i helsetjenesten”¹³⁸

I artikkelen opplyses det videre at det nyopprettede rådet hadde sitt første møte 16.april. Så blir det spennende å se hva utvalget kommer frem til og hva som gjøres for å snu denne trenden. Spesielt ettersom dette er *tredje* gang man nedsetter et utvalg som skal se på retningslinjer for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.

¹³⁷ Ot.prp. nr.63, 2002-2003, s.36

¹³⁸ Christina Halvorsen, *Nytt helseråd skal stoppe forskjellsbehandling*, VG (online), tilgang; <http://www1.vg.no/helse/artikkel.php?artid=190828>, (sisert 17.04.07)

En siste ting som er viktig å huske på er at det til syvende og sist er enkeltindivider det dreier seg om i helsevesenet. Alle pasienter er forskjellige, det er ikke alltid like lett å se hvilken behandling som er best i det enkelte tilfelle.

De som skal forestå behandlingen er også "bare" mennesker. Det kan gjøres feil både når det prioriteres og når man gir behandling. Dette er noe ingen lovtekst kan eliminere og er noe befolkningen er nødt til å leve med.

6 Litteraturliste

Eskeland, Ståle: *Lov om pasientrettigheter*, Ad Notam forlag, Oslo 1992

Fleicher, Carl August: *Rettskilder*, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1995

Førde, H.O. og Berge, L. Nordbø, *Samanhengen mellom helsetenester og helsetilstand. Vil ei styrking av pasientane si rettslege stilling betre helsetilstanden i befolkningen?* I Kjønstad og Syse, red.: *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1992

Halvorsen, Christina: *Nytt helseråd skal stoppe forskjellsbehandling*, VG (online), tilgang; <http://www1.vg.no/helse/artikkel.php?artid=190828>, (sitert 17.04.07)

Halvorsen, Marit: *”Nødvendig helsehjelp” som redskap for prioriteringer*, Lov og rett 2004

Halvorsen, Marit: *Rett til behandling i sykehus*, Universitetsforlaget, Oslo 1996

Holst, Fredrik: *Historisk Underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*, Messel, Keyer og Comps forlag, Christiania 1827

Johansen, J.N.M.: *Historisk beretning om Rigshospitalet og fødselsstiftelsen i Christiania*, WC Fabritius forlag, Christiania 1865

Kjønstad, A. og Syse, A.: *Velferdsrett*, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1997

Kjønstad, A. og Syse, A (red): *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1992

Larsen, Alsvik, Nylenna og Swärd: *Helse og nasjonsbygging*, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2005

Ormestad, M: Syketrygden i 25 år, *Syketrygdens Landsforening*, Oslo 1936

Molven, Olav: *Hese og jus*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2002,

Natvig, Larsen, Børdahl og Swärd (red), *De tre Riker, Rikshospitalet 1826-2001*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2001

Norsk teknisk museum/Nasjonalt medisinsk museum (online), *Sunn sjel i et sunt legeme*, tilgang:

http://www.tekniskmuseum.no/medisinskmuseum/sunn_sjel/tidsbilder1900.htm,

og

http://www.tekniskmuseum.no/medisinskmuseum/sunn_sjel/tidsbilder1925.htm,

(Sitert 16.04.07)

Schiøtz, Aina: *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Universitetsforlaget, Oslo 2003

Syse, Aslak: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2001

Syse, Aslak: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2.opplag, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2004

Syse, A., Førde, R. og Førde, O.H. (red): *Medisinske feil*, Gyldendal akademisk forlag, Oslo 2000

Thune, Gro Hillestad: *Det gode menneskelige skjønn er viktigst*, Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr.1 2007 (online), tilgang:
http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=1477663,
(Sisert 19.04.07)

Urdal, Nils: *Syketrygden i 50 år*, Norsk Trygdekasselag, Oslo 1961

Utkast til lov om pasientrettigheter, utarbeidet av et utvalg nedsatt av Norsk Pasientforening, Oslo 1995

Warberg, Lasse A.: *Norsk helserett*, TANO AS, OSLO 1995

Westerhäll Lotta: *Rättigheter, förpliktelser och sanktioner inom socialrätten*, Tidsskrift for rettsvitenskap, Universitetsforlaget Oslo, 1986, s.627-630

7 Offentlige dokumenter

Besl.O.nr.91 (1998-1999): Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Dok.nr.8:24 (2001-2002), Forslag fra stortingsrepresentantene John I Alvheim og Harald T Nesvik om lov om endring i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). (Lovfestet rett til behandling)

Helsetilsynets tilsynsmeldning 2002

Helsetilsynets tilsynsmeldning 2003

Helsetilsynets tilsynsmeldning 2004

Helsetilsynets tilsynsmeldning 2005

Helsetilsynets tilsynsmeldning 2006

Høringsnotat: Lov om pasientrettigheter, Helse- og omsorgsdepartementet, 22.08.97

(online), tilgang:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Ryddemappe/hod/norsk/dok/andre_dok/hoeringsnotater/Horingsnotat-Lov-om-pasientrettigheter15.html?id=410308 ,

(Sisert 16.04.07)

Indst. O.XI 1909: Innstilling fra sosialkomiteen om utfærdigelse af en lov om sygeforsikring

Innst. S. nr 165 (1994-95): Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring – mål og midler for en bedre helsetjeneste

Innst. O. nr. 91 (1998-1999): Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Innst. O nr.23 (2003-2004): Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.

Love med tilhørende forarbeider, J. Soldan forlag, Kristiania 1911

Møtereferat fra Stortinget 10.februar 2000: Sak nr. 2 Interpellasjon fra representanten
Annelise Høegh til helseministeren

NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste

NOU 1997: 18 Prioritering på ny Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen
norsk helsetjeneste

Ot.prp. nr.17 (1930): Om å utferdige ny lov om syketrygd

Ot.prp. nr.12 (1998-99): Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot.prp. nr.63 (2002-2003): Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om
pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.

Rapport 1/06, ”Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005”,
SINTEF helse, Trondheim 2006

Rettstidende 1913, s.106, Fyrlyktdommen

Rettstidende 1990, s.874, Fusadommen

Rundskriv I-43/90, Forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter

Rundskriv I-25/92, Veileder – oversikt over pasientgrupper som skal ha maksimalt 6
måneders ventetid

Rundskriv I-60/2000, Lov om pasientrettigheter, Sosial- og helsedepartementet

Rundskriv IS-12/2004, Lov om pasientrettigheter, Helsedepartementet

St. melding 50 (1993-94) Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste

St.meld. nr. 44 (1995-96) Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering

8 Lovregister

- 1909 Lov om sygeforsikring (sygeforsikringsloven) av 18.september 1909 nr.7
- 1930 Lov om Syketrygd (syketrygdloven) av 6.juni 1930 nr.8
- 1967 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
av 10.februar 1967
- 1982 Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
av 19.november 1982 nr.66
- 1999 Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2.juli 1999 nr.63

